RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2008-2009

Agence de la santé et des services sociaux

de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Adopté par résolution du conseil d'administration le 30 septembre 2009

Ce document a été réalisé par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1-819-764-3264
Télécopieur : 1 -819-797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Manon Cliche, agente administrative, pour la conception graphique, sous la coordination de Nicole Desgagnés, directrice de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion, en collaboration avec le personnel de toutes les directions et service.

ISBN : 978-2-89391-410-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89391-411-4 (version pdf)

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2009
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Note : Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne tant les hommes que les femmes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Liste des sigles et acronymes vii
Liste des tableaux ix

Mot de la présidente du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale xi

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents xv

1 Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Mission, territoire, population 3
Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence 4
Réseau d'établissements de santé et de services sociaux 6
Organismes communautaires 7
Conseil d'administration 7
Instances consultatives 8
- Commission infirmière régionale 8
- Commission multidisciplinaire régionale 9
- Comité de vigilance et de la qualité 10
- Comité régional d'accès aux services en langue anglaise 11
- Comité régional sur les services pharmaceutiques 12
- Département régional de médecine générale 12
- Forum de la population 13
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 14

2 Activités de l'Agence

Grands défis de l'année 17
- Certification des résidences privées 17
- Foyer de groupe pour jeunes autochtones 17
- Lutte à l'obésité 18
- Plan d'organisation régionale des services en pédopsychiatrie 18

Affaires médicales 19
- Groupes de médecine de famille 19
- Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité 19
- Unité de médecine familiale 22
- Clientèle orpheline 23
- Réseau universitaire intégré de santé McGill 23

Activités régionales en santé et services sociaux 24
- Amélioration de la qualité des services 24
  - ↳ Agrément des établissements 24
  - ↳ Comité des usagers 24
  - ↳ Mesures de contrôle, de contention et d'isolement 25
  - ↳ Plaintes à l'Agence et dans les établissements 25
  - ↳ Prestation sécuritaire des services 27
  - ↳ Recommandations du coroner 27
  - ↳ Visites d'appréciation de la qualité des services 28
  - ↳ Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 28
- Communautés autochtones 29
- Services préhospitaliers d'urgence 31

Programmes de services

Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) 32
↳ Accès aux services 32
↳ Activités de jour et répit-dépannage 33
↳ Réinsertion sociale DI 33
↳ Services spécialisés TED 34
↳ Soutien à domicile DI - TED 35

Déficience physique 37
↳ Services aux personnes aux prises avec un traumatisme craniocérébral 37
↳ Services de première ligne – Taux horaire pour l'allocation directe 37
↳ Services spécialisés 38
↳ Soutien à domicile 38

Dépendances 40
↳ Jeu pathologique 40
↳ Services de première ligne 40
↳ Dépendance aux opioïdes 41
↳ Liaison à l'urgence 42

Jeunes en difficulté 43
↳ Équipe d'intervention jeunesse 43
↳ Expertise psychosociale 43
↳ Programme de qualification des jeunes 44
↳ Services de première ligne - Jeunes et leur famille en difficulté 44
↳ Services de deuxième ligne – Jeunes et leur famille en difficulté 45
↳ Services d'intervention en situation de crise 46
↳ Supervision des droits d'accès 46

Perte d'autonomie liée au vieillissement 47
↳ Maintien dans la communauté – Places de soins post-hospitaliers 47
↳ Maintien dans la communauté – Places d'hébergement non institutionnelles 47
↳ Maintien dans la communauté – Soutien en logement social 48
↳ Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants 48
↳ Certification des résidences privées 49
↳ Services dans la communauté 49
↳ Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 50

Santé mentale 51
↳ Services de crise et d'intégration dans la communauté 51
↳ Services de première ligne 52
↳ Services de deuxième ligne 53
↳ Services d'urgence 54
↳ Services d'intégration dans la communauté 55

Santé physique 56
↳ Accessibilité à des services médicaux 56
↳ Cardiologie tertiaire 57
↳ Chirurgie 59
↳ Lutte contre le cancer 60
↳ Services d'urgence 61
↳ Soins palliatifs 61

Santé publique 62
↳ Habitudes de vie et maladies chroniques - Dépistage du cancer du sein 62
↳ Prévention des maladies chroniques 62
↳ Jeunes et famille - Animation de jeunes en milieu rural 63
↳ Jeunes et famille - École en santé 64
↳ Jeunes et famille - Promotion et prévention 65
↳ Prévention des chutes chez les personnes âgées 66
↳ Maladies infectieuses - Immunisation 67
↳ Maladies infectieuses - Protection - Infections transmissibles sexuellement et par le sang 68
↳ Prévention et contrôle - Infections nosocomiales 69
↳ Recherche en développement des communautés 70
↳ Santé au travail 71
↳ Santé environnementale 72
↳ Surveillance de l'état de santé 73

Services généraux 74
↳ Services infirmiers et psychosociaux généraux 74

Programmes de soutien

Administration et soutien aux services 75
↳ Équilibre budgétaire 75
↳ Personnel du réseau et du Ministère 75
↳ Planification de la main-d'œuvre 76
↳ Recrutement de la main-d'œuvre 78
↳ Recrutement et rétention des cadres 79
↳ Infirmière praticienne de première ligne 79
↳ Formation « Agir auprès des personnes âgées » 80

Ressources informationnelles 81
↳ Plan directeur régional en ressources informationnelles 81

Gestion des bâtiments et des équipements 85
↳ Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 85
↳ Programmes fonctionnels et techniques 85

3 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS 89
Comité de partenariat 90
Économie sociale 90

4 Données financières

Situation financière de l'Agence 93
Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2009 107
Situation financière des établissements 116
Subventions aux organismes communautaires 118

5 Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

Introduction 125
Déclaration de principe 126
Objectif du code d'éthique 127
Personnes concernées par le code d'éthique 127
Devoirs et obligations 127
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités 128
Déclaration d'intérêt 128
Activités politiques 129
Règles relatives aux assemblées 129
Interdiction des pratiques reliées à la rémunération 129
Devoirs et obligations de l'après-mandat 130
Mécanisme d'application et de respect du code 130
Enquête et immunité 131
Publicité du code d'éthique 131
Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique 132
Engagement personnel – Code d'éthique 133

Liste des sigles et acronymes

A-E	Abitibi-Est
AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
ALV	Appareil de loterie vidéo
A-O	Abitibi-Ouest
AMP	Activités médicales particulières
A-T	Abitibi-Témiscamingue
BAPE	Bureau des audiences publiques sur l'environnement
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CA	Conseil d'administration
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAPACS	Centre d'aide et de prévention des agressions
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCRSSS	Comité de coordination réseau santé et services sociaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier en soins généraux et spécialisés
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CQPS	Conseil québécois sur le poids et la santé
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRE	Conférence régionale des élus
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSH	Commission scolaire Harricana
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSAB	Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales
CSSSEA	Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi
CSSSLT	Centre de santé et de services sociaux du Lac-Témiscamingue
CSSSRN	Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
CSSSTK	Centre de santé et de services sociaux de Témiscaming-et-de-Kipawa
CSSSVO	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or
CSSSPNQL	Commission de santé et de services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DI	Déficience intellectuelle
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directrice ou directeur des services professionnels
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FTSA	Fonds de transition pour la santé des autochtones
GAAT	Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscamingue
GMF	Groupe de médecine de famille
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'oeuvre
HLM	Habitation à loyer modique
ICCA	Institut Canadien des comptables agréés
ICI	Interventions comportementales intensives
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPM	Index patient maître
IPS	Infirmière praticienne spécialisée

ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPLS	Multi Protocol Label Services
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACS	Picture archiving and communication system
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCGR	Principes comptables généralement reconnus
PDRRI	Plan directeur régional des ressources informationnelles
PFT	Programme fonctionnel et technique
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQJ	Programme de qualification des jeunes
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RLS	Réseau local de services
R-N	Rouyn-Noranda
ROC	Regroupement des organismes communautaires
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSQ	Recrutement santé Québec
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SATED-AT	Société de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement de l'Abitibi-Témiscamingue
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments
SDA	Service de droit d'accès
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SIGDU	Système d'information et de gestion des départements d'urgence
SIPPE	Service intégré en périnatalité et pour la petite enfance
SISSS	Système d'information sur la prestation sécuritaire des soins et services
SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIV	Soutien d'intensité variable
S.O.	Sans objet
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRMO	Stratégie régionale de main-d'œuvre
TABLE DES CHEFS	Table régionale des chefs de département de médecine générale
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCR	Technocentre régional
TED	Trouble envahissant du développement
UMF	Unité de médecine familiale
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2009	5
Tableau 2	Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2009	6
Tableau 3	Corridors de services au 31 mars 2009	6
Tableau 4	Effectifs des établissements au 31 mars 2009	6
Tableau 5	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2009	7
Tableau 6	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2009	7
Tableau 7	Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2009	8
Tableau 8	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2009	9
Tableau 9	Membres du Comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2009	10
Tableau 10	Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2009	11
Tableau 11	Membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2009	12
Tableau 12	Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2009	13
Tableau 13	Membres du Forum de la population au 31 mars 2990	14
Tableau 14	Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2009	14
Tableau 15	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2009	21
Tableau 16	Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2009	22
Tableau 17	Bilan des plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2009	25
Tableau 18	Plaintes traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2009	26
Tableau 19	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2009	26
Tableau 20	Fonds d'exploitation - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2009	95
Tableau 21	Fonds des activités régionalisées - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2009	96
Tableau 22	Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2009	97
Tableau 23	Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées Bilan au 31 mars 2009	98
Tableau 24	Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2009	99
Tableau 25	Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2009	100
Tableau 26	Fonds affectés cumulés - État des résultats au 31 mars 2009	101
Tableau 27	Fonds affectés cumulés - État des soldes de fonds au 31 mars 2009	102
Tableau 28	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2008-2009	103
Tableau 29	Fonds affectés - Sommaire des bilans au 31 mars 2009	104
Tableau 30	Fonds affectés - Sommaire des résultats au 31 mars 2009	105
Tableau 31	Fonds affectés - Sommaire des soldes de fonds au 31 mars 2009	106
Tableau 32	Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2009	116
Tableau 33	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2009	117
Tableau 34	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2009	118

Mot de la présidente du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale

Mme Suzanne Huard
Présidente du conseil d'administration

Mme Lise St-Amour
Présidente-directrice générale

C'est avec plaisir que nous partageons ce bilan sur les enjeux et les réalisations qui caractérisent la promotion de la santé et du bien-être ainsi que l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Vous y trouverez les priorités d'action et les initiatives mises de l'avant par l'Agence de la santé et des services sociaux (Agence) et les établissements de l'Abitibi-Témiscamingue pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services rendus à la population.

Cette année, une mobilisation tout à fait singulière dans le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a permis à l'Agence de progresser sur plusieurs fronts, en toute complicité avec les établissements. D'abord, soulignons trois projets dignes de mention qui concernent directement la population : la relance du Forum de la population, la promotion des droits des usagers et la recherche-action à Kitcisakik. Ensuite, il convient de s'attarder à l'amorce du travail colossal en ce qui a trait à la stratégie régionale de main-d'œuvre. Au plan de la modernisation technologique, il faut souligner l'arrivée, en région, du système intégré d'imagerie diagnostique qui rend possible une meilleure accessibilité aux services par l'archivage et la numérisation des rapports, des images et des requêtes. Enfin, les travaux sur le *Modèle régional de lutte aux maladies chroniques* nous placent à l'avant-scène provinciale.

Forum de la population

Le conseil d'administration et la direction de l'Agence ont eu la satisfaction, cette année, de raviver et de tonifier le Forum de la population. En effet, le mandat de l'ancien Forum créé en 2002 étant échu, les membres du conseil ont entériné la nomination de seize citoyennes et citoyens au sein de cette instance importante. Comme son nom le suggère, le Forum de la population est représentatif de l'ensemble du territoire et des groupes sociodémographiques de la région. Il est responsable, envers le conseil d'administration de l'Agence, d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être. Il lui appartient aussi de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services.

Promotion des droits des usagers

De manière générale, malgré qu'ils soient inscrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les droits des usagers sont mal connus. Cette année, l'Agence, de concert avec tous les comités des usagers des établissements, a mené une campagne de sensibilisation d'une durée d'une semaine, dont l'objectif était de faire connaître et comprendre les droits des usagers à la population et au personnel des établissements de santé et de services sociaux de la région.

L'axe de communication privilégié pour les outils de promotion était : *Parce que les droits des usagers gagnent à être connus de tous!* Les messages de communication insistaient sur le fait que les usagers de la santé et des services sociaux sont protégés par des droits et que le respect de ces droits influe sur la qualité des services et la satisfaction des usagers. L'information a été diffusée au moyen de kiosques d'information à l'intérieur des établissements, de paraposts et d'affiches dans les installations, d'activités organisées pour le personnel, de promotion dans les médias, de dépliants et de capsules radiophoniques.

L'Agence et les directions générales des établissements ont constaté que ces activités de communication ont créé une mobilisation des usagers du réseau en faveur de la promotion de leurs droits tout en générant l'adhésion du personnel, des médecins et des directions d'établissements à la mise en œuvre de ce projet régional.

Projet de recherche-action à Kitcisakik

Depuis deux ans et demi, l'Agence, le Conseil des Anicinapek de Kitcisakik et différents ministères provinciaux et fédéraux soutiennent la rédaction d'un ouvrage décrivant la pratique clinique ayant cours à Kitcisakik depuis 1980. Le livre vise à dégager un modèle thérapeutique adapté aux besoins spécifiques des populations autochtones. Le 15 octobre 2008, l'Agence a réuni, à Québec, plus de 30 participants de niveaux différents - fédéral, provincial et régional - pour la présentation des résultats les plus significatifs de cette recherche-action d'envergure qui porte sur les femmes. La qualité et la rigueur de cette recherche ont démontré la nécessité de poursuivre le projet pour la clientèle masculine.

Stratégie régionale de main-d'œuvre

Une démarche de consultation à l'automne 2008 et à l'hiver 2009, auprès des représentants des équipes de ressources humaines et des équipes de direction du réseau de la santé et des services sociaux, de partenaires de plusieurs ministères et organismes de la région et des représentants syndicaux, a permis d'obtenir un consensus quant à la nécessité de collaborer et de travailler ensemble pour relever le défi de la main-d'œuvre. À la suite de cette démarche, une stratégie régionale de main-d'œuvre a été élaborée et sa mise en œuvre est prévue dès le début de l'exercice 2009-2010.

PACS (picture archiving and communication system) régional et dictée numérique régionale

L'année 2008-2009 a été bien remplie en Abitibi-Témiscamingue sur le plan des ressources informationnelles, notamment avec la mise en production du PACS régional (système d'imagerie diagnostique) ainsi que de la dictée numérique régionale. Ce projet représente un investissement très important, destiné à améliorer l'offre de service en imagerie et à faciliter la garde régionale dans cette discipline. Le leadership de l'Agence dans ce dossier aura contribué à l'atteinte des objectifs généraux du projet, respectant le calendrier établi avec le RUIS McGill, les établissements ainsi que les différents fournisseurs impliqués.

Modèle régional de lutte aux maladies chroniques

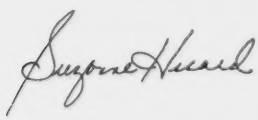
Depuis 2004-2005, la région a identifié une priorité et a développé un modèle régional intégré de lutte aux maladies chroniques, allant de la promotion et de la prévention jusqu'à la prise en charge des cas complexes. Avec le soutien d'une équipe interdirections de l'Agence, les six centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région sont à implanter un mode d'organisation de soins et de services. En 2008-2009, une équipe régionale, composée d'un médecin, d'une chercheuse de l'Université de Montréal et de professionnels, a évalué le niveau d'implantation du modèle à l'échelle locale. Des résultats préliminaires démontrent, entre autres, l'importance d'un accompagnement et d'un soutien par l'Agence (formation, rencontre régionale, réseautage) face à l'incontournable changement dans la gestion des maladies chroniques.

Conclusion

En terminant, à titre de présidente du conseil d'administration et de présidente-directrice générale, nous désirons remercier le personnel de l'Agence et du réseau pour leurs actions soutenues en faveur des usagers. Ce document représente une partie importante du travail consenti pour relever des défis et réaliser des projets qui permettent d'améliorer, de manière constante, la promotion de la santé et du bien-être ainsi que l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Nous espérons que les données présentées susciteront votre intérêt.

Bonne lecture!

La présidente du conseil d'administration,



Suzanne Huard

La présidente-directrice générale,

Lise St-Amour

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

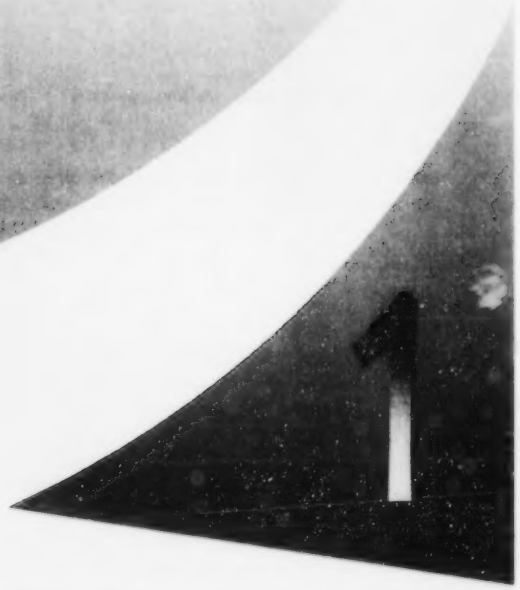
Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2008-2009.

Lise St-Amour
Présidente-directrice générale



Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

1

Mission, territoire, population

Mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la LSSSS, L.R.Q. c. S-4.2).

L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est limitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km² de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter onze territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

Population

Les dernières estimations de Statistique Canada dénombrent 145 844 personnes en Abitibi-Témiscamingue[1]. La région se divise en six réseaux locaux de services (RLS) qui correspondent aux territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les plus peuplés sont ceux des CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,4 % et 27,9 % de la population régionale. Les CSSS Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 16,8 % et 14,4 % des Témiscabitibiens. Quant aux territoires les moins populeux, ceux des CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ils comptent 9 % et 2,5 % des habitants de la région. La population totale de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,9 % de celle du Québec.

Les Premières Nations sont présentes en Abitibi-Témiscamingue. De fait, en 2008, elles comptaient 6452 personnes (3615 résidents et 2837 non-résidents), soit plus de 4 % de la population régionale.

Il est à noter que la population témiscabitibienne est un peu plus jeune et compte un peu moins de femmes que la population québécoise.

[1] Source : Statistique Canada, estimations pour 2008.

Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence

Plan d'organisation

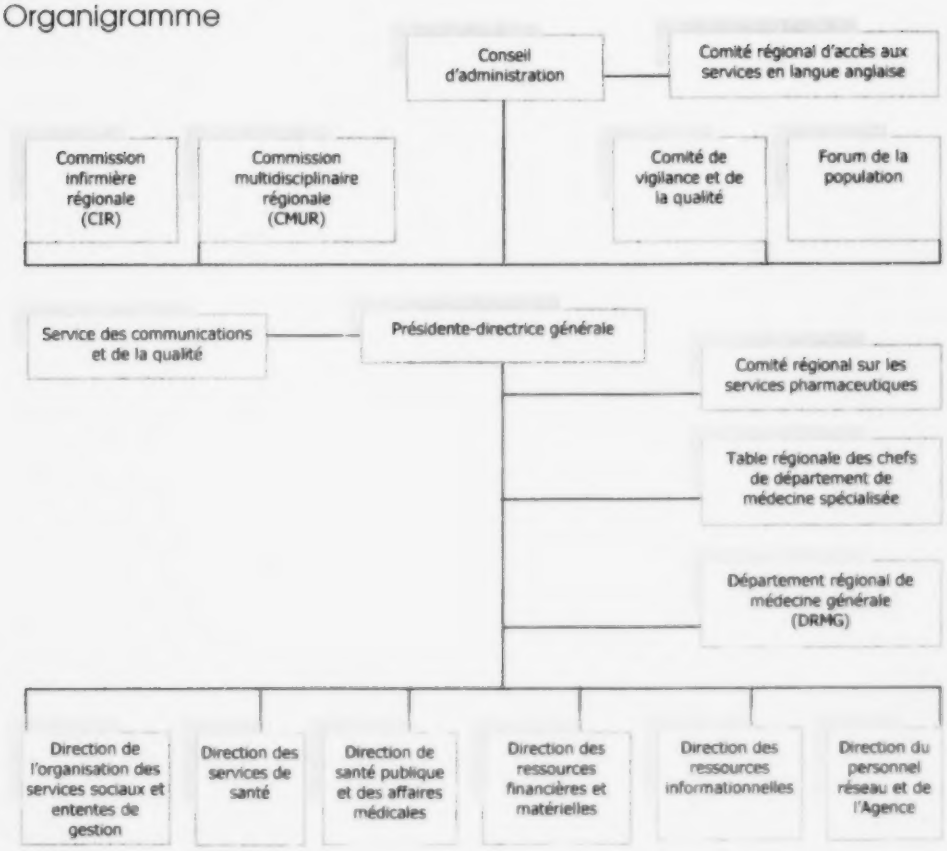
Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration composé de membres issus de la région et assurant la gestion des orientations de l'organisation et l'imputabilité auprès du ministre;
- cinq instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives à la présidente-directrice générale, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau de la présidente-directrice générale;
- un Service des communications et de la qualité;
- six directions :
  Direction de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion;
  Direction de santé publique et des affaires médicales;
  Direction des services de santé;
  Direction des ressources financières et matérielles;
  Direction des ressources informationnelles;
  Direction du personnel réseau et de l'Agence.

Organigramme



Effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui oeuvraient pour l'Agence au 31 mars 2009.

Tableau 1
Effectifs de l'Agence au 31 mars 2009

PERSONNEL	2008-2009	2007-2008	Variation
LES CADRES			
› Temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	17	17	0
› Temps partiel	0	0	0
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0	0
› Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	1	-1
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
› Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	77	76	1
› Temps partiel	5	5[1]	0
Nombre d'employés équivalents à temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	2,6	2,6[1]	0
› Nombre de personnes en sécurité d'emploi	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
› Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	14 979	6 908	8 071
› Équivalent à temps complet	8	4	4

Note : Les 14 médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données du tableau.

Les données ont été corrigées par rapport aux résultats indiqués dans le rapport annuel 2007-2008.

Réseau d'établissements de santé et de services sociaux

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dix établissements publics de santé et de services sociaux, chacun ayant son conseil d'administration spécifique.

Tableau 2
Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2009

Établissements	Missions exploitées				
	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
CSSS de la Vallée-de-l'Or	✓	✓	✓		
CSSS de Rouyn-Noranda	✓	✓	✓		
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	✓	✓	✓		
CSSS des Aurores-Boréales	✓	✓	✓		
CSSS du Lac-Témiscamingue	✓	✓	✓		
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	✓	✓	✓		
Établissements régionaux					
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue				✓	✓
Centre Normand					✓
CRDI de l'Abitibi-Témiscamingue Clair Foyer					✓
CR La Maison					✓

Tableau 3
Corridors de services au 31 mars 2009

Établissements	Fonctions hospitalières régionales
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Néphrologie-dialyse, médecine nucléaire, cytopathologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie, réadaptation active en psychiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie légale
CSSS de Rouyn-Noranda	Périnatalogie, cancérologie pédiatrique, pédiatrie (soins intensifs), ophtalmologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie
CSSS des Aurores-Boréales	Dermatologie, physiatrie, rhumatologie
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Orthopédie, chirurgie buccale et maxillo-faciale, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, traumatologie secondaire

Tableau 4
Effectifs des établissements au 31 mars 2009

Personnel	2008-2009	2007-2008	Variation
Personnel cadre			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	250	254	-4
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
• Nombre de personnes	27	26	1
• Équivalents temps complet	17	13	4
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	3	7	-4
Personnel régulier			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 368	2 248	120
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
• Nombre de personnes	1 393	1 387	6
• Équivalents à temps complet	890	876	14
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	1	3	-2
Personnel non-détenteur de poste			
• Nombre d'heures rémunérées	2 306 154	2 311 306	- 5 152
• Équivalents à temps complet	1 225	1 261	-36

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2008 (page 234) et au 31 mars 2009.

Organismes communautaires

Tableau 5
Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2009

	Nombre d'organismes	PSOC ($)	Nombre d'organismes	PSOC ($)
	2008-2009		2007-2008	
Accès logis	0	0		
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	684 848	7	634 259
Autres ressources jeunesse	5	203 521	5	200 490
Agressions à caractère sexuel	4	670 097	4	620 051
Centres d'action bénévole	4	287 965	4	275 795
Centres de femmes	3	508 736	3	471 834
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	77 163	1	76 014
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	193 920	2	178 718
Maintien à domicile	25	263 505	24	256 499
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 445 156	4	2 255 995
Maisons de jeunes	9	565 137	9	548 841
Mesures de rechange	1	506 188	1	498 649
Multiclientèles	2	98 527	2	97 060
Personnes démunies	5	161 210	5	153 884
Personnes handicapées	22	864 230	22	729 335
Santé mentale	23	2 126 675	23	2 000 349
Santé physique	12	140 842	10	134 804
Sida	1	53 235	1	52 442
TOTAL	130	9 850 955	127	9 185 019

Conseil d'administration

Sa composition

Du 1er avril 2008 au 31 mars 2009, le conseil d'administration de l'Agence a tenu sept assemblées ordinaires et deux assemblées extraordinaires.

Tableau 6
Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
Table régionale des chefs de Département de médecine spécialisée	Poste vacant
Département régional de médecine générale	Dr François Desbiens
Commission infirmière régionale	Mme Lorianne Leblond
Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	Poste vacant
Milieu de l'enseignement	Mme Lyne Fecteau
Comité des usagers	Mme Madeleine Paquin
Milieu syndical	Mme Jocelyne Wheelhouse
Socio-économique	Mme Suzanne Huard
Socio-économique	M. Serge Larche
Établissements : CSSS	Mme Suzanne Couture
Établissements : Vocation régionale	M. Luc Paradis
Membre coopté	M. Léonard Robitaille
Membre cooptée	Mme Mary-Jane Brazeau
Membre cooptée	Mme Nicole Rochon
Membre d'office : Présidente-directrice générale	Mme Lise St-Amour

Instances consultatives

Commission infirmière régionale (CIR)

La CIR a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2008-2009. La CIR a poursuivi ses réflexions concernant la préparation d'un avis sur la prise en charge et l'accès aux soins par des pratiques novatrices émergeant de la pratique infirmière. Cet avis a été déposé au conseil d'administration de l'Agence en novembre 2008. Quatre stratégies sont énoncées par la CIR :

- Créer des noyaux d'expertise régionale selon les compétences développées dans les milieux.
- Favoriser les modèles d'organisation de services interdisciplinaires avec une infirmière pivot.
- Utiliser de façon maximale les infirmières qui travaillent en groupe de médecine de famille (GMF).
- Maximiser l'application de la Loi modifiant le code des professions.

Les défis sont de taille et exigent un engagement à tous les paliers, de même qu'une volonté ferme de cibler des actions réalistes et concrètes pour amorcer un réel changement dans l'organisation des services. Ces stratégies misent sur une utilisation maximale des ressources en soins infirmiers.

Comme par les années antérieures, les travaux de la CIR sont diffusés dans le bulletin régional d'information, *L'AXONE*, destiné aux infirmiers et infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 7
Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
Présidente	M^me^ Diane Trottier, CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	M^me^ Marie-Claude Marion, CSSS de Rouyn-Noranda
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	M^me^ Marie Hardy, CSSS de la Vallée-de-l'Or M^me^ Annie Perron, CSSS Les Eskers de l'Abitibi 1 poste vacant
Gestionnaire soins infirmiers	M^me^ Loriane Leblond, CSSS de Rouyn-Noranda 1 poste vacant
Établissement milieu autochtone	M^me^ Isabelle Galarneau, Centre de santé de Pikogan
Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	M^me^ Marie Kureluk
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M^me^ Claire Maisonneuve M^me^ Marie-Paule Roy (session hiver)
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	M^me^ Manon Lacroix
Agence	M^me^ Pauline Clermont

Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

Au cours de l'exercice 2008-2009, la CMUR a tenu trois rencontres. À la suite des consultations réalisées par la commission entre avril 2007 et mars 2008 auprès des conseils multidisciplinaires locaux des établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, la CMUR a déposé au conseil d'administration de l'Agence, en mai 2008, un avis sur l'implantation des projets cliniques et organisationnels dans ces établissements.

Ces rencontres ont permis d'identifier des sujets sur lesquels les membres de la CMUR souhaitent mener une réflexion, notamment la stratégie régionale de main-d'œuvre en région, le suivi de l'avis déposé par la CMUR sur les projets cliniques et organisationnels, la promotion de pratiques novatrices et l'organisation des services en pédopsychiatrie.

Des contacts ont aussi été pris avec les présidents des CMUR des autres régions afin d'alimenter leurs réflexions sur les problématiques retenues et d'échanger sur le rôle et les modalités de fonctionnement.

Tableau 8
Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue - Domaine social	Mme Denise Côté, Présidente
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue - Domaine santé	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine technique	Vacant
Domaine social	M. Donald Renault, CSSS des Aurores-Boréales
Domaine social	M. Michel Rivest, CSSS du Lac-Témiscamingue
Domaine social	Mme Diane Gaudet, Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
Domaine de la santé	Mme Annie Charland, CSSS de la Vallée-de-l'Or
Domaine de la réadaptation	Mme Sylvette Gilbert, CRDI Clair Foyer
Domaine de la réadaptation	Mme Annie Lefebvre, CRDI Clair Foyer
Représentante du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	Mme Mireille Hubert
Agence	Mme Nicole Desgagnés

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité est une instance consultative au conseil d'administration. Il exerce des fonctions visant à établir les liens entre les recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services et les activités de l'Agence, afin d'assurer le respect des droits des usagers et la qualité des services offerts à la population. Le mandat du comité de vigilance et de la qualité est de faire l'analyse et le suivi des rapports ou des recommandations du commissaire, à la suite de l'examen des plaintes formulées et des interventions réalisées, en respect avec les obligations prévues par la LSSSS au regard du Régime d'examen des plaintes, dans la perspective d'améliorer la qualité des services.

Au cours de la présente année financière, le comité de vigilance et de la qualité a pu constater que les recommandations formulées par le commissaire régional ont été réalisées par les instances concernées et que l'implantation de ces recommandations a fait l'objet d'un suivi par le commissaire régional.

Au 31 mars 2009, le comité de vigilance et de la qualité est composé des personnes suivantes :

Tableau 9
Membres du Comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comités des usagers des établissements	Mme Madeleine Paquin, présidente
Membre du conseil d'administration de l'Agence, commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Membre du conseil d'administration de l'Agence, organismes du milieu communautaire	Poste vacant
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Présidente-directrice générale de l'Agence	Mme Lise St-Amour

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises en 2008-2009. Les principaux sujets traités ont porté sur le fonctionnement du comité, la situation en regard du suivi exigé par le processus de certification des résidences privées pour personnes âgées, la promotion des droits des usagers, l'analyse et le suivi aux recommandations formulées, à la suite de l'examen des plaintes et des interventions du commissaire régional. Finalement, un règlement portant sur le fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2008.

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le comité régional d'accès aux services en langue anglaise s'est rencontré à deux occasions, dont une fois conjointement avec les représentants en langue anglaise des établissements de la région. Cette rencontre avait pour objectifs de faire le point sur l'application des mécanismes visant à améliorer l'accessibilité aux services de santé et services sociaux pour les personnes d'expression anglaise dans les établissements et d'identifier les pistes de collaboration entre les établissements du réseau et les membres du comité régional.

Tableau 10
Membres du Comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
Association Neighbours	M^me^ Elsie Sullivan
Association Neighbours	M^me^ Sharleen Sullivan
Communauté de Temiskaming First Nation	M^me^ Norma Heath
Algonquin Nation Program and Services Secretariat	M^me^ Donna McBride
Conseil d'administration de l'Agence	M^me^ Nicole Rochon
Communauté anglophone de Rouyn-Noranda	M^me^ Linda Morin

En 2008-2009, l'Agence a poursuivi la mise en œuvre des objectifs fixés dans son programme d'accessibilité en langue anglaise 2007-2010. Rappelons qu'il s'agit d'aider les établissements à développer leur capacité à accueillir et offrir les soins et services en langue anglaise pour la clientèle d'expression anglaise. De façon précise, on vise l'augmentation du nombre de personnes capables de communiquer et d'offrir des services en langue anglaise dans le réseau ainsi que la hausse du nombre de documents d'information relatifs au domaine de la santé publique et des services sociaux produits en langue anglaise par les établissements du réseau. On vise également l'amélioration de la diffusion en langue anglaise des communiqués, produits par l'Agence, dans le domaine de la santé publique auprès des communautés d'expression anglaise.

L'Agence a poursuivi la coordination et le soutien à la mise en œuvre et au déroulement des programmes de formation en langue anglaise pour le personnel des établissements dans le cadre du programme financé par l'Université McGill : 102 personnes provenant des CSSS du Lac-Témiscamingue, Les Eskers de l'Abitibi et de Rouyn-Noranda ont participé à ce programme.

Dans le cadre des projets financés par l'Entente Canada-Québec, l'Agence a offert des services de traduction simultanée lors du colloque Santé mentale et Dépendances organisé le 29 avril 2008 par l'Agence et ses partenaires. Ce projet visait à faciliter la participation des professionnels et de la clientèle d'expression anglaise concernés par ces problématiques. Outre la traduction simultanée, tous les documents préparatoires, invitations et communications ont été produits en anglais.

L'Agence a diffusé 35 communiqués de presse en langue anglaise auprès des communautés anglophones et a assuré la traduction de 34 formulaires, protocoles et autres documents d'information produits par les établissements du réseau pour leur clientèle, ainsi que la traduction du calendrier 2009 sur les droits des usagers en matière de santé et services sociaux.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Le CRSP a tenu trois rencontres au cours de l'année 2008-2009.

Les dossiers actuellement en cours sont le plan de réalisation de la phase 1 du projet d'automatisation et de robotisation des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le suivi relatif à l'implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ), le bilan comparatif des médicaments (BCM), la formation des assistantes techniques en pharmacie ainsi que la formation continue des pharmaciens en région.

Le CRSP poursuit également le suivi de l'application des ordonnances collectives dans le respect des exigences légales et normatives en lien avec la pratique pharmaceutique. À titre d'exemple, mentionnons la participation des pharmaciens des différentes villes de la région à la rencontre régionale portant sur l'ordonnance collective pour la contraception.

La planification de la main-d'œuvre en pharmacie demeure toujours un dossier prioritaire. Dans un contexte de pénurie, l'accueil de stagiaires en pharmacie est essentiel afin de retenir en région les jeunes diplômés. Dans cet optique, le CRSP a effectué des démarches auprès de l'Université de Montréal afin d'offrir en région la formation de « cliniciens associés » aux pharmaciens désirant recevoir des étudiants stagiaires. Plus d'une vingtaine de pharmaciens, partout en région, ont suivi la formation qui leur permettra de recevoir des étudiants inscrits au nouveau programme de Pharm D menant à l'obtention d'un diplôme en pharmacie.

Le CRSP continue d'intensifier les communications entre les pharmaciens de la région et poursuit le travail de collaboration avec les infirmières et les médecins afin d'offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 11
Membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
Pharmaciens oeuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	M. Patrick Grenier
Chefs de département clinique de pharmacie	Mme Suzie Alain
Pharmaciens oeuvrant en pharmacie communautaire	M. Jean-Philippe Tanguay
Pharmaciens propriétaires	Mme Marie-Josée Girard, présidente
Présidente-directrice générale de l'Agence	Mme Lise St-Amour

Département régional de médecine générale (DRMG)

Pour l'exercice 2008-2009, le comité de direction du DRMG s'est rencontré à six reprises entre les mois d'avril 2008 et mars 2009. Les sujets traités lors des rencontres régulières sont en respect avec le mandat et les responsabilités du DRMG.

Les principaux éléments qui se dégagent des rencontres réalisées ont permis de répondre au mandat du DRMG sur les sujets suivants :

- le suivi requis par le Plan régional d'effectifs médicaux 2008-2009 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- la réflexion sur le fonctionnement, la représentativité et les mandats du DRMG;
- le suivi relatif à l'entente particulière sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP) dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminés par le DRMG;
- l'avenir de la médecine familiale au Québec (sujet qui a fait l'objet d'une journée régionale d'orientation et de réflexion le 26 janvier 2009).

Par ailleurs, le DRMG participe et contribue aux travaux des instances suivantes :

- le guichet d'accès pour la clientèle orpheline;
- le suivi relatif à l'implantation du DSQ;
- le fonctionnement et l'avancement des travaux portant sur l'organisation territoriale des services médicaux généraux;
- la participation à des comités consultatifs avec l'Agence sur l'informatisation des GMF et des cliniques médicales;
- la tournée régionale du DRMG a débuté le 16 mars 2009 au CSSS de la Vallée-de-l'Or et doit se poursuivre dans les différents CSSS jusqu'en septembre 2009.

Finalement, le comité de direction assure la diffusion de l'outil d'information *INFO-DRMG* à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 12
Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
CSSS de Rouyn-Noranda	Dre Yolaine Fournier
Établissements à vocation régionale	Dr Jean-Guy Ricard
Cabinet privé	Dr Simon Plourde, chef du département
CSSS des Aurores-Boréales	Dr François Desbiens, président
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dr Frédéric Turgeon
CSSS du Lac-Témiscamingue	Dr Paul-Émile Barbeau
CSSS de La Vallée-de-l'Or	Dre Nancy McGee
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	Dr Gordon Brock
Représentante des DSP des CSSS	Dre Annie Léger
Agence	Mme Lise St-Amour, présidente-directrice générale

Forum de la population

Le 17 décembre 2008, le conseil d'administration de l'Agence nommait son nouveau Forum de la population. En effet, le mandat de l'ancien Forum créé en 2002 étant échu, les membres du conseil d'administration ont entériné la nomination de seize citoyennes et citoyens au sein du Forum de la population.

Comme son nom le suggère, cette instance est représentative de l'ensemble du territoire et des groupes sociodémographiques de la région. C'est dire que parmi les seize membres du Forum, onze proviennent des MRC, soit deux personnes des MRC d'Abitibi, d'Abitibi-Ouest, de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or, et trois personnes de la MRC de Témiscamingue, dont deux du territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue et une du territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. À ces onze personnes s'ajoutent cinq autres membres issus des groupes sociodémographiques suivants : personnes handicapées, jeunes, communautés linguistiques, femmes, comités des usagers, etc.

Ainsi, la nouvelle instance du Forum de la population de l'Abitibi-Témiscamingue est formée de :

Tableau 13
Membres du Forum de la population au 31 mars 2009

Provenance	Membres	Provenance	Membres
Amos	M. Hans Carignan	Rouyn-Noranda	M. Laurent Juteau
Amos	Mme Judith Corriveau	Rouyn-Noranda	Mme Marie-France Turgeon
Barraute	M. Lionel Pelchat	Témiscaming	M. Pierre Gingras
Normétal	Mme Mariette Davidson	Témiscaming	M. Gilbert Ladouceur
Macamic	M. Vincent Lavoie	Ville-Marie	Mme Sandy Lachapelle
La Sarre	Mme Marie Méthot	Nédelec	Mme Carmen Rivard
Rouyn-Noranda	Mme Caroline Girard	Val-d'Or	M. Ghyslain Bergeron
Rouyn-Noranda	Mme Claire Hogan	Val-d'Or	Mme Sylvie Cardinal

Coordonné par la présidente-directrice générale de l'Agence, madame Lise St-Amour, le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être. Il lui appartient également de formuler des recommandations sur les moyens à prendre pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services. Jusqu'à présent, le Forum a tenu une seule rencontre, le 9 mars 2009, dont l'objectif premier était de prendre connaissance du mandat et de réviser un dépliant sur l'accès aux services à l'intention de la population.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs)

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table des chefs a tenu trois rencontres régulières et une conférence téléphonique.

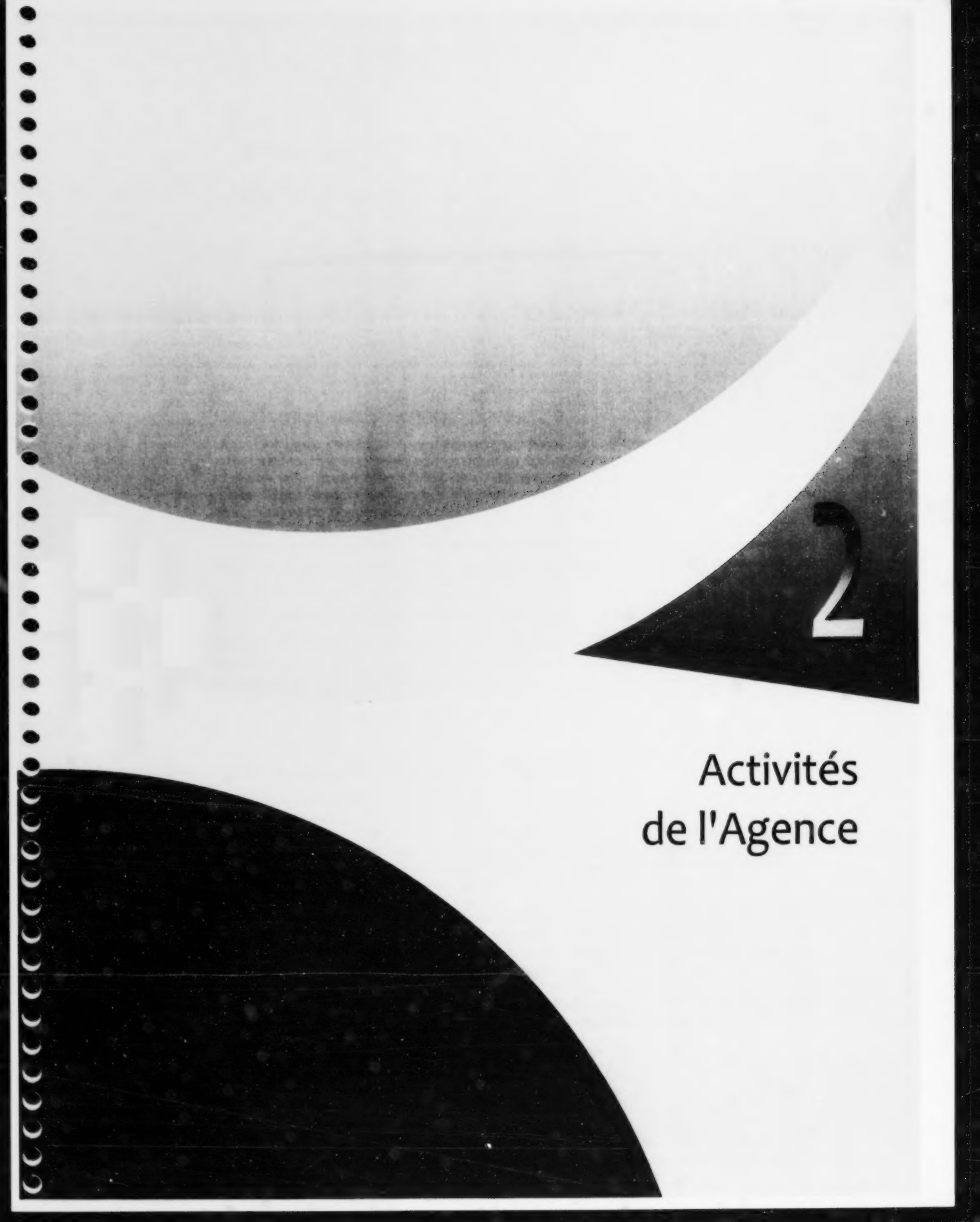
Démarche sur l'organisation des fonctions hospitalières régionales
Un chantier sur la révision de l'organisation des fonctions hospitalières régionales, amorcé en janvier 2008, s'est poursuivi afin de permettre l'élaboration des projets cliniques et organisationnels et de protocoles d'entente. Ces protocoles sont destinés à lier les médecins spécialistes selon une entente entre les parties signataires et à offrir une desserte régionale en respectant les règles établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence.

Le protocole d'entente en urologie a été signé, alors que trois autres protocoles sont à venir touchant les spécialités suivantes : orthopédie, pneumologie et rhumatologie.

En 2009-2010, les priorités de cette instance seront les communications et la coordination des services avec le RUIS, les ruptures de services en spécialités et le soutien sur le plan des spécialités de base.

Tableau 14
Membres du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2009

Représentativité	Membres
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dre Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie Dre Liette Boyer, domaine clinique de la médecine Dr Daniel Martin, domaine clinique de l'anesthésiologie
CSSS de Rouyn-Noranda	Dr Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine, président Dre Renée Lamontagne, domaine clinique de la psychiatrie Dre Louise Perreault, domaine clinique de la pédiatrie
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Dr Ismaël Kaloul, domaine clinique de l'anesthésiologie Dr Tai-Hung Do, domaine clinique de l'imagerie médicale
CSSS des Aurores-Boréales	Dr Sofiane Ouertani, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie
Agence	Mme Lise St-Amour, présidente-directrice générale



Activités de l'Agence

Activités de l'Agence 2

Grands défis de l'année

Certification des résidences privées

Le processus de certification des résidences privées est une démarche qui vise à ce que toutes les résidences privées pour personnes âgées répondent à des critères de qualité et de sécurité des services. La formation du personnel, la sécurité des lieux, la réalisation d'exercices d'évacuation en cas d'incendie et la variété de l'alimentation font entre autres l'objet de normes pour la certification de ces résidences.

Convaincue de l'importance de cette démarche, l'Agence a déployé de multiples efforts pour informer, soutenir et accompagner les responsables des résidences dans ce processus. Les visites d'appréciation sont effectuées par le Conseil québécois d'agrément. Divers partenaires, dont les CSSS, les services de protection des incendies et la Régie du bâtiment du Québec, sont associés au processus de certification.

Soulignons l'excellente collaboration des propriétaires de résidences de l'Abitibi-Témiscamingue avec l'Agence. Ainsi, en conformité avec le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité pour les résidences de personnes âgées, la majorité des 56 résidences de la région devrait avoir obtenu leur certification d'ici le 30 juin 2009; les autres seront en voie de l'obtenir.

Foyer de groupe pour jeunes autochtones

Depuis plusieurs années, la nécessité de développer une ressource adaptée aux besoins des jeunes autochtones devant être hébergés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) fait consensus. On constatait, entre autres, que les programmes internes étaient peu adaptés à la réalité de ces jeunes et que diverses contraintes, notamment l'éloignement des communautés, étaient défavorables à l'implication des familles dans les services.

L'Agence a apporté un soutien financier au Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) pour l'embauche d'un agent de liaison qui a assuré la concertation des acteurs, visité des ressources et complété l'évaluation des besoins. Des représentants des trois communautés autochtones de l'Est et des représentants du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) ont été associés à la démarche. Après quelques années de travail concerté, l'ouverture du foyer de groupe s'est faite en février 2009 et permet d'accueillir neuf jeunes autochtones afin d'y recevoir des services.

Cette nouvelle ressource privilégie l'approche holistique et systémique, en harmonie avec les valeurs prônées par les communautés algonquines. On vise non seulement un arrêt d'agir, mais une amélioration des relations interpersonnelles des jeunes avec les familles et la communauté. Le foyer de groupe Kitciminokik qui, en algonquin, signifie « Bien grandir », est situé à proximité de la nature et des familles, ce qui permet un contact plus régulier et favorise une implication des familles et de la communauté dans le processus de réadaptation. Du personnel autochtone fait partie de l'équipe de réadaptation.

Lutte à l'obésité

En septembre 2008, l'Agence et le Conseil québécois sur le poids et la santé (CQPS) ont tenu un forum régional regroupant plus de 160 acteurs sociaux issus du milieu de la santé, du secteur municipal, du monde de l'éducation et des groupes communautaires autour des environnements facilitant l'adoption de saines habitudes de vie. La concertation, le leadership et la mobilisation sont des enjeux importants pour les communautés. Il en est ressorti une vue d'ensemble des efforts investis au Québec et en région, des orientations régionales et locales en matière de promotion des saines habitudes de vie ainsi qu'une contribution à combler le besoin de réseautage pour le développement des communautés et de la santé.

Plan d'organisation régionale de services en pédopsychiatrie

Depuis plusieurs années, l'accès aux services de pédopsychiatrie pour les jeunes présentant des problèmes de santé mentale préoccupe les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de la région. La rareté des pédopsychiatres et leur présence irrégulière dans la région, l'absence de lits d'hospitalisation spécifiques pour ces jeunes ainsi que le manque de soutien d'expertise pour les médecins, les pédiatres et les intervenants en santé mentale ont amené l'Agence à initier des travaux visant l'élaboration d'un plan d'organisation régionale de services en pédopsychiatrie.

Ainsi, accompagnée d'un représentant du CSSS de la Vallée-de-l'Or, établissement désigné au Plan d'organisation des services médicaux de base et spécialisés en Abitibi-Témiscamingue pour offrir des services de pédopsychiatrie, l'Agence a travaillé de concert avec les responsables du programme de santé mentale de chaque CSSS pour élaborer ce plan. Des consultations, effectuées auprès de nombreux intervenants de la région et de cliniciens et pédopsychiatres du Centre universitaire de santé McGill, ont nourri la réflexion du comité de travail. Finalement, des présentations auprès de diverses instances consultatives ainsi qu'auprès de tables de cliniciens et de gestionnaires ont permis de faire évoluer le projet vers sa version finale pour son adoption au conseil d'administration de juin.

Ce plan répond aux orientations ministérielles en santé mentale visées dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : *La force des liens*. Il permet d'améliorer l'accessibilité aux services d'évaluation, de traitement et de suivi des enfants et des jeunes aux prises avec des troubles mentaux. Il assure un soutien clinique aux différents professionnels oeuvrant auprès de ces jeunes, identifie des mécanismes régionaux de collaboration et vise le développement de corridors de services avec les établissements du RUIS McGill.

Affaires médicales

Groupes de médecine de famille

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter des groupes de médecine de famille (GMF) au sein des six territoires de CSSS.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de GMF	5	6	5
Nombre de GMF informatisés	4	5	4

Commentaires

Les GMF sont présentement accrédités dans cinq territoires de CSSS de la région (CSSS des Aurores-Boréales, CSSS Les Eskers de l'Abitibi, CSSS de Rouyn-Noranda, CSSS de la Vallée-de-l'Or et CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa). En continuité avec les objectifs régionaux visant à implanter un GMF au sein de chacun des six territoires de CSSS, l'Agence appuie l'initiative des médecins de la COOP Santé TémiscaVie dans leur intention de réactiver le projet pour former un GMF dans le territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue. De plus, un second GMF à Amos pourrait voir le jour en 2009-2010 grâce à l'initiative d'un groupe de médecins de la Clinique médicale d'Amos.

Quatre GMF sont informatisés et l'informatisation du GMF de Rouyn-Noranda devrait se faire selon le nouveau modèle du MSSS, au courant du mois d'avril 2009.

Il est intéressant de constater qu'après six ans de services par des GMF en Abitibi-Témiscamingue :

- 89 médecins exercent en GMF;
- 53 799 personnes sont inscrites;
- 18 511 personnes inscrites sont considérées vulnérables, pour un ratio de 34 % en comparaison à 32 % pour l'ensemble du Québec.

Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialité

Attente administrative

Objectifs de résultats

Atteindre les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux

Desservir la clientèle de chaque réseau local en améliorant l'accessibilité aux services de 1re, 2e et 3e ligne

Atteindre au moins 85 % des besoins identifiés dans les deux PREM

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles [1] 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'ajouts signifiés au PREM en médecine générale	13 médecins	10 médecins	5 médecins[1]
Nombre de postes autorisés au PREM en médecine spécialisée	159 postes autorisés	163 médecins	122 médecins

Commentaires

En médecine générale : La situation des effectifs médicaux en médecine générale s'améliore en Abitibi-Témiscamingue. En effet, le ministre de la Santé et des Services sociaux accordait à la région l'ajout de dix médecins omnipraticiens pour l'exercice en cours. Le DRMG a émis jusqu'à présent cinq avis de conformité. Les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 187 équivalents temps plein (ETP) en médecine générale. Au 31 mars 2009, la région compte 177 omnipraticiens en place.

En médecine spécialisée : Le PREM en spécialité est à 163 postes autorisés. Il est passé de 159 à 163 autorisés, à la suite de l'ajout par le MSSS de quatre postes, soit : un en chirurgie, un en dermatologie et deux en psychiatrie. La situation des effectifs médicaux en médecine spécialisée s'est améliorée par rapport à celle de l'an dernier. Le nombre de spécialistes en place est de 122 médecins au 31 mars 2009.

De plus, à la suite de l'analyse des besoins effectuée dans tous les établissements du territoire, l'Agence a identifié pour chacun des CSSS les disciplines en pénurie. Les curriculums vitae de candidats en spécialité inscrits à Recrutement santé Québec (RSQ) ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec ont été acheminés aux CSSS afin que ces derniers saisissent l'opportunité offerte pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés pour la population de notre territoire. À cet égard, l'Agence les encourage à avoir recours à cet apport précieux que peuvent représenter les médecins étrangers pour contrer la pénurie au cours des prochaines années.

Recrutement : L'Agence ainsi que les CSSS et des médecins de la région ont participé à plusieurs événements de recrutement au cours de la période 2008-2009 notamment à la Journée Carrière 2008 ainsi qu'à plusieurs 5 à 7 organisés par l'Équipe Sarros pour les étudiants en médecine des différentes facultés universitaires québécoises. Un contrat a également été signé pour la création d'une campagne publicitaire originale et la révision des outils de communication, contrat qui sera réalisé au courant des mois d'avril à juin 2009.

On peut conclure que l'exercice 2008-2009 a été propice au recrutement. En effet, 22 médecins se sont installés (13 omnipraticiens et 9 spécialistes), mais 12 médecins (8 omnipraticiens et 4 spécialistes) ont quitté au cours de ce même exercice. Ces résultats traduisent un peu mieux les efforts déployés par les établissements et l'Agence tant au point de vue du recrutement que du maintien des effectifs médicaux (organisation d'activités de promotion, de visites exploratoires, recrutement à l'étranger, etc.). Au 31 mars 2009, 16 candidats avec permis restrictif étaient parrainés par les CSSS de la région.

Des démarches se poursuivent afin que :

- soient accordées des mesures incitatives significatives pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer et pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- le secteur Abitibi-Ouest soit reconnu « secteur isolé »;
- le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province.

[1] Incluant un médecin avec un avis de conformité émis mais attendu à une date ultérieure. Les deux spécialistes oeuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptabilisés au PEM de Rouyn-Noranda.

Tableau 15
Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2009

Médecine spécialisée	*PREM 2008-2009*	*Situation au 31 mars 2009*	*Besoins*
Allergie - immunologie	1	1	0
Anatomopathologie	5	4	1
Anesthésiologie	18	16	2
Biochimie médicale	1	0	1
Cardiologie	3	1	2
Chirurgie générale	14	12	2
Chirurgie orthopédique	6	5	1
Chirurgie plastique	2	1	1
Dermatologie	4	1	3
Endocrinologie	1	0	1
Gastro-entérologie	3	3	0
Gériatrie	2	0	2
Hématologie/oncologie médicale	2	1	1
Médecine d'urgence	2	1	1
Médecine interne	15	9	6
Médecine nucléaire	1	0	1
Microbiologie et infectiologie	1	0	1
Néphrologie	2	0	2
Neurologie	4	3	1
Obstétrique-gynécologie	12	12	0
Ophtalmologie	4	3	1
Oto-rhino-laryngologie	3	3	0
Pédiatrie	16	15	1
Physiatrie	1	0	1
Pneumologie	3	3	0
Psychiatrie (adulte)	18	15	3
Psychiatrie (pédo)	3	3	0
Radiologie diagnostique	8	4	4
Radio-oncologie	0	0	0
Rhumatologie	2	1	1
Santé communautaire	3	2	1
Urologie	3	3	0
Total des spécialités	163	122	41

Médecine générale	*PREM 2008-2009*	*Situation au 31 mars 2009*	Besoins requis
Omnipraticiens (ETP)	187	177	10

Note :

- En spécialité, le nombre des effectifs en anesthésiologie inclut les omnipraticiens spécialisés en anesthésie (4).
- Quatre avis de conformité ont été donnés au CSSS des Aurores-Boréales et les médecins sont attendus de mai à décembre 2009.
- Trois avis de conformité ont été donnés au CSSS Les Eskers de l'Abitibi et les médecins sont attendus d'août 2009 à juillet 2010.
- Deux avis de conformité ont été donnés au CSSS de Rouyn-Noranda et les médecins sont attendus en juillet et août 2009.
- Quatre avis de conformité ont été donnés au CSSS de la Vallée-de-l'Or et les médecins sont attendus entre juillet et octobre 2009.

Tableau 16
Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée au 31 mars 2009

RLS	PREM Besoins en ETP omnipraticiens	Omnipraticiens au 31 mars 2009	PREM Besoins en spécialité	Spécialistes et omni-anesthésistes au 31-03-09
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	33	36	40	32
CSSS des Aurores-Boréales	28	28	18	9
CSSS de Rouyn-Noranda	47	50	46	37
CSSS de La Vallée-de-l'Or	49	37	52	40
CSSS du Lac- Témiscamingue	18	17	4	2
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	6	4	0	0
Agence	6	5	3	2
TOTAL	187	177	163	122

Unité de médecine familiale (UMF)

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Offrir en région la formation aux résidents inscrits au programme de médecine de famille.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'unités de médecine familiale en Abitibi-Témiscamingue	Une deuxième UMF en région (à Rouyn-Noranda)	Mise en œuvre de l'UMF de Rouyn-Noranda	Mise en œuvre d'une nouvelle UMF à Rouyn-Noranda Rehaussement de l'UMF Amos-La Sarre

Commentaires

Les UMF sont les lieux de formation pour les étudiants en médecine ainsi que pour les médecins résidents qui se destinent à la pratique de la médecine familiale sous la supervision de médecins expérimentés du milieu qui les reçoivent.

Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, trois des quatre universités qui dispensent de la formation en médecine ont proposé des projets pour atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'œuvre.

L'UMF déjà existante d'Amos-La Sarre, affiliée à l'Université de Montréal, a reçu l'aval du MSSS afin de rehausser sa capacité d'accueil. Des travaux d'agrandissement ont été réalisés pour le secteur de La Sarre. Pour le secteur d'Amos, l'appel d'offres a été lancé. Les travaux de l'UMF devraient être complétés en juillet 2009 puisque le nombre de résidents augmentera à la prochaine année scolaire des résidents.

Le CSSS de Rouyn-Noranda a été identifié comme site potentiel pour la mise en place d'une UMF par le Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke. Accrédité à la fin du mois de février 2008, le projet s'est réalisé en cours d'année et les premiers résidents débuteront leur formation en avril 2009.

Par ailleurs, l'Université McGill, en collaboration avec la direction du CSSS de la Vallée-de-l'Or, amorce la mise en place graduelle d'une UMF au CSSS de la Vallée-de-l'Or. La première cohorte devrait débuter en juillet 2009.

Clientèle orpheline

Attente administrative

Objectif de résultats

Accessibilité à un médecin de famille

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de CSSS qui ont mis en place un guichet d'accès pour la clientèle orpheline vulnérable	S.O.	5/5	3/5

Commentaires

La cible est partiellement atteinte. Les CSSS des Aurores-Boréales, de Rouyn-Noranda et du Lac-Témiscamingue ont identifié un coordonnateur du mécanisme et des critères de priorité. Ils ont aussi convenu, avec les médecins de leur territoire, des modalités de répartition de la clientèle lorsque les besoins de celle-ci le requièrent. Aux CSSS de la Vallée-de-l'Or et Les Eskers de l'Abitibi, les travaux sont en cours et devraient être terminés au printemps 2009. Le DRMG offre un soutien au développement de cette organisation de service.

Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill

Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que l'Agence ont collaboré à divers projets avec plusieurs RUIS. Mentionnons d'abord le RUIS de Montréal, pour le rehaussement de l'UMF du CSSS des Aurores-Boréales et du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, ensuite, avec le RUIS de Sherbrooke pour l'ouverture d'une UMF au CSSS de Rouyn-Noranda et, finalement, avec le RUIS McGill, identifié comme responsable de desservir la région par le MSSS.

En collaboration avec l'Agence, une équipe du RUIS McGill, à titre de gestionnaire de projet, a travaillé d'arrache-pied afin d'implanter dans la région le système PACS qui a pour fonction de numériser les images de radiologie ou autres et de les archiver. En septembre dernier, l'ensemble des fonctions du PACS était en opération.

Le RUIS McGill a également relancé son projet de CSSS virtuel pour lequel les établissements de la région ont beaucoup d'intérêt. Il pourrait faciliter l'accès à distance à plusieurs spécialités médicales qui ne sont pas offertes en région, ce qui devrait permettre à nos médecins de pouvoir consulter plus facilement leurs collègues spécialistes du RUIS.

La gestion des PREM en spécialité prévoit, depuis 2004, des règles spécifiques afin d'établir le nombre requis de spécialistes dans chaque région, et ce, annuellement. Un comité technique a été créé pour chaque RUIS. Il a pour mandat d'évaluer les besoins en spécialité pour ses établissements affiliés. Cette année, pour le PREM 2009, la région a fait part de ses besoins au comité technique RUIS McGill et a obtenu trois dérogations : un ajout de postes permettant le renouvellement d'effectif pour un médecin en pneumologie et deux postes supplémentaires pour répondre aux besoins de la population en dermatologie et en psychiatrie. Par ailleurs, la Direction générale des services de santé et médecine universitaire a annoncé la prolongation de la période d'application des PREM 2009 jusqu'en novembre 2010. Ainsi, chaque région devra procéder à l'analyse de chacun des postes actuellement vacants en spécialité afin d'en évaluer la pertinence, d'établir des priorités pour leur dotation et d'assurer que ces postes sont toujours nécessaires en fonction des besoins de la population et de l'organisation des services, privilégiée par les agences, en conformité avec les orientations ministérielles.

Les travaux avec le RUIS McGill, pour la prochaine année, seront concentrés sur l'actualisation de moyens favorisant la communication entre les médecins de la région et ceux des établissements du RUIS, principalement, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). L'autre priorité pour l'Agence ainsi que pour le RUIS McGill est la mise en place d'une centrale de coordination des soins et services afin que les patients de la région puissent avoir un meilleur accès aux médecins spécialistes et aux services diagnostiques.

Activités régionales en santé et services sociaux

Amélioration de la qualité des services

Les activités de l'Agence à l'égard de la qualité des services sont nombreuses et se manifestent par différentes mesures qui impliquent directement les établissements de la région. Encore cette année, l'Agence a mis en œuvre plusieurs actions permettant d'améliorer la qualité de la prestation des services à la population. Plusieurs aspects ont été abordés : visites d'appréciation de la qualité des services, recommandations du coroner, agrément des établissements, comités des usagers, programmes de formation pour la prestation sécuritaire des soins et services (gestion des risques).

Agrément des établissements

Comme le prévoit la LSSSS, tous les établissements publics ou privés avaient l'obligation de solliciter un agrément et de franchir toutes les étapes de la démarche, avant le 18 décembre 2008, et par la suite de renouveler celui-ci tous les trois ans.

Pour l'année financière 2008-2009, deux établissements de la région ont réalisé le processus nécessaire à l'agrément des services offerts. En effet, les visites d'évaluation ont été réalisées au Centre Normand et au CSSS des Aurores-Boréales, lesquels ont répondu aux exigences légales permettant de confirmer la qualité des services offerts à la population. Enfin, les CSSS de Rouyn-Noranda, Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales ont obtenu l'agrément pour les services de leur laboratoire biomédical. D'autres visites sont prévues avec les établissements au cours de la prochaine année financière.

Comité des usagers

Tous les établissements comptent sur la présence et la participation d'un comité des usagers. Ceux-ci ont été impliqués dans plusieurs activités concernant la qualité et la prestation des services, en respect avec les droits des usagers. L'Agence a mis en place des moyens afin de faciliter l'intégration des comités des usagers dans les activités relatives à la qualité des services. Dans cette perspective, elle les encourage à conjuguer leurs efforts pour faire connaître leur rôle sur le plan régional et pour participer à différentes actions afin de garantir la qualité des services aux usagers.

Mesures de contrôle, de contention et d'isolement

En 2008-2009, le déploiement de la formation provinciale destinée aux infirmiers et infirmières, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes et aux médecins, s'est poursuivi. De plus, deux personnes du Centre de réadaptation (CR) La Maison et deux personnes du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de l'Abitibi-Témiscamingue Clair Foyer ont été formées pour redéployer, dans leur établissement respectif, la formation sur les mesures de contrôle adaptées aux clientèles en déficience physique et en déficience intellectuelle.

Plaintes à l'Agence et dans les établissements

Le Régime d'examen des plaintes, tel que défini à la LSSSS, permet aux personnes d'exercer leur droit de porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services concernant les services offerts par l'Agence, un organisme communautaire, une résidence pour personnes âgées et les services préhospitaliers d'urgence. La population peut également s'adresser au commissaire régional pour des demandes d'information concernant les droits des usagers en santé et services sociaux ou pour obtenir de l'assistance concernant l'accès aux services. Il rend disponibles les informations pertinentes sur la procédure et la façon d'avoir accès au Régime d'examen des plaintes. Pour ce faire, il assure la promotion du régime auprès de la population et de groupes cibles. Le commissaire régional peut intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Les fonctions et les responsabilités du commissaire régional visent à examiner toutes les situations insatisfaisantes vécues par des usagers et pouvant toucher les droits qui leur sont reconnus en santé et services sociaux. Les usagers peuvent présenter leur plainte par écrit ou verbalement au commissaire régional qui, selon le cas, peut recommander des mesures correctives pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect des droits. À ce titre, il transmet aux instances concernées les informations et les recommandations pertinentes à l'amélioration de l'organisation et de l'accès aux services, à la suite de l'analyse et la compréhension des situations portées à son attention.

Tableau 17
Bilan des plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2009

	2008-2009
Plaintes	20
Assistance, information et consultation	137
Interventions	10
Total	167

Le commissaire régional a examiné 20 plaintes ayant nécessité des démarches pour répondre à des insatisfactions. Parmi ces situations, 17, ont été examinées et traitées en respect avec la procédure d'examen des plaintes de l'Agence, 1 a été abandonnée par l'usager et 2 étaient en voie de traitement au 31 mars 2009. Le commissaire régional a répondu à 137 demandes d'assistance, d'information et de consultation concernant les services de santé et les services sociaux. Il est intervenu de sa propre initiative à 10 reprises, à partir des faits portés à son attention et qui lui donnaient des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers n'étaient pas respectés. Les situations qui ont nécessité l'intervention du commissaire régional concernent 5 organismes communautaires, 4 résidences privées pour personnes âgées et 1, le volet régional de la Politique de déplacement des usagers. Le nombre total de plaintes et d'interventions du commissaire régional en 2008-2009, est de 30, comparativement à 27 en 2007-2008.

Tableau 18
Plaintes traitées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services au 31 mars 2009

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2008	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2009	Dossiers transmis au 2e palier : Protecteur du citoyen
CH	15	152	167	140	27	1
CLSC	10	43	53	46	7	2
CHSLD	3	15	18	16	2	0
CR	1	43	44	41	3	0
CPEJ	3	28	31	29	2	0
Total	32	281	313	272	41	3

Selon les dispositions de la loi, les usagers ont le droit d'avoir recours au Régime d'examen des plaintes d'un établissement, en s'adressant au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Celui-ci examine et traite la plainte de l'usager après avoir jugé de sa recevabilité au sens de la définition accordée à un usager dans la loi et selon les motifs d'insatisfaction à l'égard des services de santé et des services sociaux. Au terme de l'examen de la plainte, le commissaire peut formuler une recommandation ou une mesure corrective afin de prévenir ou de corriger une situation qui porte atteinte aux droits de l'usager. Les objectifs poursuivis par le commissaire local visent essentiellement à identifier les situations et les circonstances qui influencent la qualité des services offerts à l'usager. Les interventions du commissaire local permettent ainsi l'amélioration de la qualité des services, puisqu'elles sont directement reliées aux attentes et aux besoins exprimés par les usagers. Le tableau 18 présente le bilan des plaintes traitées en établissement, selon les missions, par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services de la région. Finalement, le tableau 19 trace le bilan des plaintes adressées aux médecins examinateurs des CSSS.

Au cours de l'exercice 2008-2009, 281 plaintes ont été adressées aux commissaires locaux des établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Au 1er avril 2008, 32 plaintes étaient en voie de traitement, ce qui porte le nombre total de plaintes examinées par les commissaires locaux à 313. De ce nombre, 272 plaintes ont été conclues après examen par le commissaire local. Au 31 mars 2009, 41 plaintes étaient en voie de traitement et 3 plaintes avaient été soumises au Protecteur du citoyen, par des usagers, à la suite des conclusions et des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Tableau 19
Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2009

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2008	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2009	Dossiers transmis au 2e palier : comité de révision
CH	16	81	97	64	33	2
CLSC	1	3	4	3	1	-
Total	17	84	101	67	34	2

Les médecins examinateurs de la région ont reçu 84 plaintes. Au 1er avril 2008, 17 plaintes étaient en voie de traitement, pour un total de 101 au cours de l'exercice financier 2008-2009. Les médecins examinateurs ont transmis leurs conclusions à la suite de l'examen de 67 plaintes et 2 d'entre elles ont été transmises par des usagers à un comité de révision. Au 31 mars 2009, 34 plaintes étaient en voie de traitement.

Le total des plaintes adressées aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux médecins examinateurs est de 365 lors de l'exercice financier 2008-2009. Les établissements de la région ont connu une hausse du nombre de plaintes, passant de 293 en 2007-2008 à 365 en 2008-2009.

Prestation sécuritaire des services

Enquête et divulgation en gestion des risques
Dans le cadre de la prestation sécuritaire des soins et des services, une formation sur la procédure d'enquête en gestion des risques a été réalisée au cours de la présente année financière. Cette formation avait pour objectif de permettre aux personnes responsables de la gestion des risques dans les établissements de connaître les étapes d'une enquête, de découvrir les techniques d'entrevue pertinentes à ce contexte et de délimiter leur rôle au regard des autres types d'enquête.

Facteurs humains en relation avec la sécurité des patients
Au cours de l'année 2008-2009, les responsables de la qualité de tous les CSSS de la région, accompagnés de professionnels de soins, ont assisté à la formation sur les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients. Cette formation, initiée par le MSSS, vise à sensibiliser le personnel soignant et les gestionnaires à l'importance des facteurs humains pour la sécurité des patients dans les services de santé et les services sociaux.

Ce programme de formation ayant également pour objectif de sensibiliser le plus grand nombre possible de membres du personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux aux principes des facteurs humains, l'Agence a retenu les services d'une infirmière contractuelle pour exercer les fonctions de formatrice pour ce programme, selon la demande des établissements de la région.

Système d'information sur la prestation sécuritaire des soins et des services (SISSS)
Afin d'actualiser les modifications à la loi relativement à la prévention des événements indésirables évitables en milieu de soins, l'implantation de deux outils de soutien ont été élaborés par le MSSS, soit le formulaire AH-223 utilisé pour la déclaration des événements inhabituels et une application informatique web permettant de recueillir et traiter les données de ce formulaire, afin de constituer les registres locaux et d'alimenter le registre national.

L'année 2008-2009 se voulait une année de transition pour habiliter le personnel des établissements à l'utilisation du nouveau formulaire et implanter graduellement l'application informatique SISSS. Les responsables de la qualité des établissements de la région ont tous participé à la formation relative à ces volets et le déploiement du SISSS est en cours de réalisation pour chacun des établissements.

Recommandations du coroner

À la suite des conclusions et recommandations du coroner, l'Agence a mis en œuvre les moyens nécessaires pour assurer le suivi auprès des établissements. À ce titre, les conclusions de cinq rapports ont fait l'objet d'un suivi spécifique par l'Agence auprès des directions générales et des responsables de la qualité des établissements. De plus, l'Agence a produit des communiqués et des feuillets d'information s'adressant à la population, dans l'objectif de fournir des conseils de prévention.

Protocole d'utilisation des opiacés
Un groupe de travail du MSSS, sur les bonnes pratiques d'utilisation des opiacés en milieu hospitalier, recommandait, en juin 2006, l'implantation d'un protocole d'utilisation des opiacés. Ce protocole devait comprendre les volets suivants : l'évaluation de la douleur, la rédaction de l'ordonnance d'analgésique opiacé, l'initiation d'un protocole de surveillance et l'initiation de l'administration de Naxolone.

L'ensemble des CSSS de la région ont débuté l'application du protocole d'utilisation des opiacés, répondant ainsi à la mise en place des recommandations.

Visites d'appréciation de la qualité des services

L'Agence a coordonné des visites d'appréciation de la qualité des services initiées par le MSSS en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial. En 2008-2009, les équipes ministérielles affectées aux centres d'hébergement ont visité les CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa et des Aurores-Boréales. Elles ont de plus apprécié cinq ressources intermédiaires rattachées aux CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue. À la suite de ces visites, l'Agence s'est également assurée d'un suivi rigoureux du plan d'action découlant des recommandations des différentes équipes ministérielles.

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Le bilan du plan triennal d'action à l'égard des personnes handicapées a été effectué. L'objectif général de ce plan d'action est de favoriser la participation sociale des personnes handicapées. Il identifie des mesures pour lever les obstacles à l'intégration des personnes handicapées dans le secteur d'activité relevant de l'Agence.

Un nouveau plan d'action est en élaboration et sera adopté à l'automne 2009.

Communautés autochtones

Communautés autochtones

En 2008-2009, l'Agence a poursuivi ses efforts pour adapter les interventions du réseau en milieu autochtone et assurer un accès équitable à des services de qualité aux membres des communautés autochtones de la région.

Sur le plan institutionnel, l'Agence a consolidé sa collaboration avec Santé Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) et la Commission de santé et de services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) par des rencontres et des échanges réguliers.

- Des représentants de Santé Canada, du MAINC et du MSSS ont participé à une rencontre avec les directeurs généraux des établissements de la région pour clarifier les zones grises relativement au financement des services destinés aux autochtones et pour répondre aux questions soulevées par les établissements.

- À l'invitation de la Conférence régionale des élus (CRE) de l'Abitibi-Témiscamingue, 32 membres du personnel de l'Agence ont participé à une journée de sensibilisation aux réalités autochtones et ont pu échanger avec des membres des communautés algonquines.

Sur le plan des communautés, l'Agence a multiplié les échanges et les rencontres avec les directeurs et le personnel des centres de santé pour les accompagner dans leurs projets ou répondre à des besoins ponctuels. Elle a aussi poursuivi ses démarches pour développer la collaboration entre les centres de santé des communautés et les établissements du réseau. Les intervenants et le personnel infirmier des communautés sont régulièrement invités à se joindre aux formations, colloques et autres événements organisés par l'Agence. Les communiqués de presse produits par l'Agence sont systématiquement transmis aux directeurs des centres de santé, en tenant compte de la spécificité anglophone des communautés de l'Ouest.

- Dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des autochtones (FTSA) initié par Santé Canada, trois projets élaborés par les centres de santé des communautés d'Eagle Village First Nation (Kipawa), Long Point First Nation (Winneway) et Temiskaming First Nation (Notre-Dame-du-Nord) ainsi qu'un projet élaboré par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or ont été appuyés par l'Agence. Par la suite, des rencontres se sont tenues pour la mise en œuvre de ces projets.

- À la suite des échanges réguliers avec le centre de santé de Winneway quant aux besoins de services de santé de la communauté, l'Agence a organisé une rencontre entre le personnel du centre et l'équipe dédiée aux problèmes de dépendance du CSSS du Lac-Témiscamingue. Cette rencontre a permis aux intervenants des deux centres de se connaître et de se familiariser avec les services offerts de part et d'autre dans une perspective de collaboration et d'échanges.

- Dans le cadre de la recherche clinique sur la santé des femmes de Kitcisakik réalisée en 2007-2008, une présentation des faits saillants de l'étude a été organisée à Québec, par l'Agence, avec la collaboration de l'équipe de recherche et plusieurs membres de cette communauté pour les représentants de différents ministères. L'Agence a profité de cette occasion pour présenter, à ses partenaires, le projet de poursuite des travaux du groupe de rédaction.

- Des échanges se sont développés avec le Centre de santé d'Eagle Village qui a invité l'Agence à participer à la Fête du printemps organisée par la communauté et à y tenir un kiosque d'information.

- À la demande du directeur de santé de Temiskaming First Nation, l'Agence a participé à deux rencontres sur la question du transport médical. Cette communauté étant située à proximité de l'Ontario, plusieurs de ses membres vont chercher leurs services de santé dans la province voisine, ce qui entraîne des difficultés administratives pour la prise en charge du coût du transport ambulancier. Santé Canada et la CSSSPNQL participaient également à ces rencontres.

- L'Agence a initié une rencontre avec les directeurs de santé des trois communautés de l'Ouest pour faire le point sur la situation des aînés dans ces communautés et sur les besoins de soins et d'hébergement auxquels ces personnes sont ou pourront être confrontées au cours des prochaines années.

- Consciente des problématiques vécues par la population autochtone vivant en milieu urbain, l'Agence a poursuivi le développement de sa collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. À l'invitation du centre, elle a participé à la signature officielle de la déclaration d'amitié entre les peuples lors d'une conférence de presse. Une rencontre a également eu lieu avec le Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre.

- La présence d'étudiants autochtones sur le campus de Val-d'Or, dans le cadre des programmes d'études offerts par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) aux Premières Nations, a amené l'Agence à rencontrer les responsables de l'UQAT. Cette rencontre avait pour but de documenter la situation et de réfléchir aux modalités de collaboration entre l'UQAT et les professionnels du réseau.

Services préhospitaliers d'urgence

Services préhospitaliers d'urgence

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer les transports ambulanciers sur tout le territoire.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de transports ambulanciers réalisés	11 642	Répondre à toutes les demandes de transports	11 838

Commentaires

Pour la période du 1er avril 2008 au 31 mars 2009, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 11 838 transports, ce qui représente une augmentation de 196 transports par rapport à 2007-2008.

Zone	Nombre de transports selon les territoires en 2008-2009	
801	Ambulances Témiscaming	345
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	754
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3 100
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1 529
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1 336
806	Ambulances Val-d'Or	3 069
807	Ambulance Senneterre	339
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	471
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame du Nord)	311
812	Ambulance Boulay (Parc de la Vérendrye)	86
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	169
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	203
820	Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	126
Total		**11 838**

PRENDRE NOTE : Tout au long de ce chapitre, en ce qui concerne l'entente de gestion, les cibles inscrites correspondent aux engagements de l'entente de gestion pour 2008-2009.

Programmes de Services

Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

◘ Accès aux services

Attente administrative

Objectif de résultats

Mise en œuvre du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès	8	8	8

Commentaires

La cible a été atteinte pour cet indicateur. Chaque établissement concerné par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a nommé un gestionnaire d'accès avant le lancement dudit plan.

Dès septembre 2008, différentes actions ont été planifiées afin d'actualiser le plan d'accès. Des échanges réguliers ont eu lieu entre les établissements et l'Agence permettant l'appropriation du plan ministériel à une fréquence d'à peu près aux sept semaines.

Au cours de ces échanges, différentes thématiques ont été approfondies telles que les standards d'accès et de continuité, la gestion centralisée, les mécanismes d'accès et l'intervenant pivot. Le résultat de ces réflexions a été acheminé au MSSS sous forme de fiche synthèse.

De plus, à l'hiver 2009, chaque établissement a élaboré un plan local d'amélioration des services aux personnes ayant une déficience. Il en a été de même pour l'Agence qui a d'abord produit un portrait de l'accès aux personnes ayant une déficience au 1er décembre 2008. Un plan régional d'amélioration des services au 31 mars 2009, pour ces mêmes clientèles, a été transmis au MSSS.

Activités de jour et répit-dépannage

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Transférer les responsabilités et les montants dévolus pour les personnes ayant une déficience concernant les activités de jour et le répit-dépannage réalisés en organismes communautaires, des CR vers les CSSS et les organismes communautaires.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Transfert des responsabilités et sommes dévolues aux activités de jour et répit-dépannage	Travaux préalables aux transferts en cours	Travaux complétés et transferts réalisés	Travaux complétés et transferts planifiés

Commentaires

Au cours de la dernière année, plusieurs rencontres ont eu lieu dans les différents territoires de la région dans le cadre du transfert des ententes en activités de jour et répit-dépannage.

En ce qui concerne les activités de jour, des échanges entre les différents partenaires, tels que le CRDI Clair Foyer et le CR La Maison, ont permis de connaître les clientèles qui bénéficient de ces services. Dans cinq des six territoires, une vaste opération visant l'évaluation globale des besoins de cette clientèle a été réalisée.

Quant au répit-dépannage, un comité régional a été formé en vue de réviser le cadre de référence adopté en 1997 par le conseil d'administration de l'Agence. Plusieurs échanges ont permis de se doter d'une définition commune des clientèles visées et du répit-dépannage régulier, complexe et spécialisé.

Par la suite, dans les deux sphères d'activités, les organismes communautaires ont été appelés avec les établissements concernés à élaborer des protocoles de collaboration ou de services selon le cas.

Réinsertion sociale DI

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer la réinsertion sociale des 53 personnes hébergées au CRDI Clair Foyer et au CSSS des Aurores-Boréales.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de personnes intégrées dans un milieu adapté	S.O.	53 personnes d'ici décembre 2009	20

Commentaires

Les travaux visant la réinsertion sociale de 53 personnes présentant une déficience intellectuelle se sont poursuivis en 2008-2009. Le MSSS a octroyé, pour cette année financière, la somme non récurrente de 650 000 $ pour soutenir la poursuite de l'implantation du projet dans la région.

Des 32 personnes concernées au CSSS des Aurores-Boréales, 13 personnes ont été intégrées dans des milieux adaptés à leurs besoins. Des 21 personnes visées par le CRDI Clair Foyer, 7 ont été réinsérées dans la communauté.

Services spécialisés TED

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	8	14	13

Commentaires

La cible du nombre d'enfants de moins de 6 ans desservis par un service ICI de type ABA est pratiquement atteinte pour la région, soit 13 comparativement à 14. Il n'y a aucun jeune de moins de 6 ans en attente de service.

Les CSSS effectuent un dépistage du développement des enfants lors de la vaccination et avant l'entrée scolaire. Cette activité permet l'identification des jeunes âgés entre 18 mois et 3 ans qui pourraient connaître un retard de développement.

Selon le CR La Maison, l'accès aux services d'évaluation diagnostique pour les enfants TED demeure difficile étant donné le peu de pédopsychiatres en région.

Le remplacement des professionnels demeure un élément problématique pour l'offre de service aux jeunes de 2 à 5 ans en 2008-2009.

Les enfants ont reçu en moyenne 8 heures de services directs par semaine, ce qui est moindre que l'année dernière. Cette situation est due notamment :

- aux parents qui préfèrent varier les formes d'intégration de leur enfant par du temps en CPE ou en milieu de garde familiale et une autre portion de service en ICI;
- aux parents qui constatent auprès de leur enfant un degré de fatigue important lorsqu'il reçoit un nombre d'heures plus élevé.

Ajoutons que le CR La Maison poursuit le support à l'enfant, même si ce dernier a intégré le milieu scolaire, afin de faciliter la transition entre le milieu de garde et le milieu scolaire.

Services spécialisés TED

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes âgées de 6 ans et plus desservies.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de personnes âgées de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé TED	103	97	89

Commentaires

La cible n'est pas atteinte pour notre région. Une légère baisse de huit personnes est observée comparativement à l'année dernière. Cela s'explique par deux déménagements, un adulte autonome (syndrome Asperger) dont le dossier a été fermé et un autre usager qui est maintenant desservi par les services en déficience physique seulement.

Quant aux résultats de l'année 2007-2008, l'établissement indique qu'il y a eu une erreur dans les données. Certains usagers n'auraient pas dû être comptabilisés. Les résultats demeurent très au-dessus de la cible ministérielle qui est de 52 usagers.

Soutien à domicile DI – TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	330	330	462
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	7,0	7,0	5,83

Commentaires

La cible du nombre d'usagers est atteinte. Les résultats dépassent même le nombre de personnes rejointes en 2007-2008. Cela représente une hausse de 40 % par rapport à l'année dernière.

L'activité d'identification des usagers dans le cadre des travaux en activités de jour a permis de recenser des usagers méconnus des CSSS et de les inscrire au soutien à domicile.

Le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile est passé de 7,0 à 5,83. Cette baisse s'explique par la hausse d'usagers desservis par les CSSS de la région.

Soutien à domicile DI - TED

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	214	214	220

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe est un peu plus grand que la cible visée.

Déficience physique

Note : Le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience ainsi que les activités de jour et de répit-dépannage, traités précédemment, concernent aussi les personnes ayant une déficience physique.

Services aux personnes aux prises avec un traumatisme craniocérébral

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer l'offre de service requise aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Produire un bilan des actions 2006-2009	S.O.	Bilan produit	Bilan produit
Produire un plan régional 2009-2011	S.O.	Plan produit	Plan produit

Commentaires

L'évaluation du consortium interrégional de l'Ouest offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave, effectuée le 20 novembre 2008 par le Groupe conseil en traumatologie du MSSS, a donné lieu à la reconnaissance de l'atteinte des exigences attendues.

Un plan d'action régional pour les services aux enfants et adolescents ayant subi un TCC a été produit pour les activités à réaliser au cours des années 2009 à 2010. Un bilan des actions mises de l'avant au cours des années 2006 à 2009 a été effectué.

Services de première ligne – Taux horaire pour l'allocation directe

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Taux horaire	10 $	11 $	11 $

Commentaires

Le taux horaire a été rehaussé à 11 $ l'heure à compter du 1er avril 2008.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services spécialisés

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 239	2 239	2 346

Commentaires

La cible est atteinte. En fait, on observe une augmentation pour la plupart des déficiences :

- Une hausse en déficience visuelle de 369 à 387. La liste d'attente est passée de quinze personnes au 31 mars 2008 à treize personnes au 31 mars 2009.
- Une hausse en déficience auditive de 352 à 446. Au 31 mars 2008, neuf personnes étaient en attente alors qu'il y en avait onze au 31 mars 2009.
- Une hausse en déficience de la parole et du langage de 243 à 253. Dix clients étaient en attente au 31 mars 2009 alors qu'il n'y en avait que six au 31 mars 2008.
- Une baisse en déficience motrice de 1275 à 1260 due en partie à la difficulté de combler certains postes et à la réduction des références par les services de première ligne dans un territoire en lien aussi avec une pénurie de ressources humaines. La liste d'attente est passée de quatre au 31 mars 2008 à 26 au 31 mars 2009.

Soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 837	1 837	1 481
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,9	12,85	14,68

Commentaires

Le résultat attendu pour 2008-2009 pour le nombre d'usagers n'est pas atteint pour notre région. Cependant, la cible fixée par le plan stratégique 2005-2010 est de 1 028 usagers pour 2009-2010 pour les usagers recevant des services de soutien à domicile. Cette cible est largement dépassée, malgré une diminution du nombre d'usagers en 2008-2009. Cette diminution est attribuable à une correction de la codification des personnes ayant une déficience physique au profit des personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement.

Le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile est atteint, le seuil étant de 14,47 en 2008-2009. Ces résultats excluent la contribution des entreprises d'économie sociale et les services reçus via le chèque emploi-service.

◘ Soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	217	217	214

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe est atteint pour la région. D'ailleurs, la cible visée par le MSSS pour l'année 2009-2010 de 210 personnes est déjà dépassée.

Dépendances

Jeu pathologique

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	76	80	70

Commentaires

Le résultat a été recalculé par l'établissement après le 31 mars 2009 et 78 personnes auraient été rejointes par le Centre Normand. La cible est presque atteinte grâce aux diverses stratégies mises en place dans la région.

En décembre 2008, le MSSS a répondu favorablement à la demande de financement de l'Agence et a octroyé un montant non récurrent de 77 000 $ pour la suite du projet-pilote de prévention du jeu pathologique auprès des joueurs d'appareil de loterie vidéo (ALV) à Val-d'Or.

Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	95	107	135

Commentaires

L'Agence a octroyé aux CSSS un montant supplémentaire de 72 500 $ pour 2008-2009 annualisé à 145 000 $ à partir de 2009-2010 afin de consolider les services de première ligne en dépendances pour les CSSS, ce qui explique l'augmentation des références.

L'Agence a organisé et animé quatre rencontres de la table régionale des gestionnaires du programme dépendances.

L'Agence a également supporté les premières activités de mise en place d'un comité régional des intervenants pivots du programme dépendances. Deux rencontres ont eu lieu, en 2008-2009, et il a été convenu que la table régionale des gestionnaires assurerait la suite du soutien à l'implantation et les activités du comité clinique régional des intervenants pivots.

Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès au programme Alcochoix + dans chaque territoire de CSSS.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de CSSS dotés du programme Alcochoix +	3	6	3

Commentaires

En date du 31 mars 2009, trois territoires de CSSS sur six offraient le programme Alcochoix + en Abitibi-Témiscamingue.

Les investissements supplémentaires dans les services de première ligne en 2008-2009 amènent à penser que, dès 2009-2010, les six territoires de CSSS seront en mesure d'offrir le programme. À cet effet, l'Agence, en collaboration avec la table des gestionnaires du programme dépendances, a débuté en 2008-2009 l'organisation d'une formation régionale sur le programme Alcochoix +. Celle-ci devrait être disponible au cours de 2009-2010 pour les intervenants concernés.

Dépendance aux opioïdes

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer l'accès à un service régional de traitement de substitution aux opioïdes.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Conception d'un projet-pilote de service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes	S.O.	Projet pilote implanté	Amorce des travaux d'implantation

Commentaires

À la suite des représentations de l'Agence, le MSSS a octroyé en mai 2008 un montant non récurrent de 50 000 $ afin de financer un projet-pilote de service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes en Abitibi-Témiscamingue.

En juin 2008, l'Agence a signifié au Centre Normand que la relance des travaux s'effectuerait dorénavant sous le leadership de cet établissement, puisque celui-ci est identifié à titre de responsable de la gestion de l'implantation, de la mise en œuvre et du suivi du projet-pilote.

En décembre 2008, peu après l'entrée en fonction du nouveau directeur général du Centre Normand, le comité régional a été convoqué pour faire le bilan des travaux effectués depuis les débuts du projet-pilote et convenir des prochaines étapes.

En mars 2009, l'investissement de 50 000 $ n'ayant pas été utilisé en 2008-2009, il fut convenu de le reporter pour l'exercice 2009-2010. Aussi, afin de soutenir l'ensemble des partenaires dans la poursuite du projet, l'Agence a alloué au Centre Normand un montant non récurrent de 84 000 $ pour la réalisation de la deuxième année d'implantation (2010-2011). Ceci permettra la poursuite du plan de traitement pour les clients inscrits, la formation, la formalisation des ententes de collaboration avec les partenaires et la production d'un bilan des travaux réalisés.

Liaison à l'urgence

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter une équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Élaboration d'un projet d'équipe de liaison spécialisée en dépendance	S.O.	Projet conçu	Travaux amorcés

Commentaires

En juillet 2008, l'Agence a alloué un montant non récurrent de 49 971$ au Centre Normand pour l'élaboration d'un projet d'équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

En décembre 2008, des représentants du Centre Normand et de l'Agence ont participé à une journée provinciale organisée par le MSSS pour l'appropriation du guide d'implantation d'équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences hospitalières.

En janvier 2009, le Centre Normand a convoqué les partenaires du projet *Équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence* pour convenir des travaux à effectuer au cours des prochains mois. Un sous-comité a été mis en place. Son mandat est d'identifier :

- les besoins de l'urgence par rapport à la clientèle cible;
- les services actuels offerts par le CSSS de la Vallée-de-l'Or et le Centre Normand;
- l'état des ressources actuelles des deux établissements pour répondre aux besoins identifiés;
- les ressources manquantes pour compléter le service.

En mars 2009, l'Agence a alloué un montant non récurrent de 49 000 $ pour la planification et la mise en place d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Jeunes en difficulté

Équipe d'intervention jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille par l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse dans chaque territoire local de la région.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Proportion de territoires dotés d'équipe d'intervention jeunesse	50 %	50 %	50 %

Commentaires

La cible est atteinte. Trois territoires sur six ont une équipe d'intervention jeunesse (EIJ) en place : CSSS de la Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et des Aurores-Boréales. Pour deux territoires peu populeux, les CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ce mécanisme n'apparaît pas nécessaire, les situations complexes étant traitées autrement en collaboration entre les partenaires.

Le sixième territoire a un mécanisme qui permet de régler ces situations. On observe toutefois que seulement deux situations ont nécessité l'utilisation du mécanisme, ce qui semble peu selon l'analyse de l'Agence. Ainsi, un suivi sera assuré, car le CSSS de Rouyn-Noranda couvre près du tiers de la population jeunes de la région.

En 2008-2009, 36 situations ont fait l'objet d'analyse par les EIJ de la région et 24 de ces situations ont entraîné l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI). Vingt-deux situations, qui étaient déjà en suivi en 2007-2008, ont fait l'objet de révision par l'équipe.

L'expérience des dernières années a permis d'observer que la présence d'une équipe d'intervention jeunesse améliore la fluidité des services entre les établissements pour l'ensemble des situations, qu'elles soient complexes ou non. Ainsi, dans un territoire, la coordonnatrice de l'EIJ a apporté son soutien pour 36 situations qui n'ont pas requis l'intervention de l'EIJ.

Expertise psychosociale

Attente administrative

Objectif de résultats

Répondre aux demandes d'expertise de la Cour dans les délais souhaités.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Délai moyen entre la date de réception de la demande par le centre jeunesse et la date de transmission du rapport à la Cour	4 mois	3 mois	4 mois

Commentaires

La cible n'est pas atteinte malgré des efforts importants pour réduire le délai d'accès à ce service. Notons des délais plus importants lorsque l'expertise doit être effectuée par un psychologue ou lorsqu'il y a des arrimages et une collaboration à convenir avec d'autres régions.

◘ Programme de qualification des jeunes

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la prestation de services par le programme de qualification des jeunes (PQJ).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de jeunes différents ayant bénéficié de PQJ	21	20	24

Commentaires

La cible est atteinte. En moyenne, dix-huit jeunes étaient suivis par période.

◘ Services de première ligne - Jeunes et leur famille en difficulté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 021	2 021	2 524
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,1	7,1	7,4

Commentaires

Les deux cibles sont dépassées. Notons toutefois que des erreurs de codification ont été constatées dans un des six territoires et que des corrections n'ont été apportées qu'à partir de la période 10. Les résultats réels sont donc probablement un peu moins élevés, tout en atteignant les cibles.

Services de deuxième ligne – Jeunes et leur famille en difficulté

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	20,2	18,0	14,0
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	16,2	20,0	10,6
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	11,1	14,0	7,5
Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	7,6	7,3	8,1

Commentaires

La cible pour le délai d'attente à l'évaluation a été atteinte. Les résultats incluent la clientèle autochtone sur réserve.

De plus, trois intervenants font de la « vérification complémentaire terrain » depuis mars 2008. Cette nouvelle orientation a pour effet de diminuer certaines tâches, jusqu'à présent assumées par les évaluateurs, leur laissant ainsi davantage de temps à consacrer à l'évaluation.

La cible concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse est atteinte et même en deçà de la norme de 30 jours. Les efforts sont maintenus. Ici encore, les résultats incluent les autochtones sur réserve.

La cible est également atteinte et en deçà de la norme en ce qui concerne le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA. Les résultats englobent les autochtones sur réserve.

Le taux de nouveaux placements a augmenté en dépassant la cible visée. Ces résultats incluent une partie de la région 10 et les autochtones hors réserve, mais excluent les autochtones sur réserve. En réalité, le nombre de placements est passé de 230 à 235, ce qui indique une hausse d'à peine cinq nouveaux usagers. Soulignons que la population, pour établir le taux, a diminué de 30 162 à 29 099. Ces projections seront certainement revues à la hausse, car l'Institut de la statistique du Québec aurait surestimé le déclin de la population régionale. Parmi les facteurs expliquant l'augmentation du nombre d'usagers, mentionnons l'utilisation des placements pour résorber des crises. Le renforcement des services en première ligne dans les CSSS conjugué avec les changements de pratique en matière de placement devraient contribuer à la réduction de ce taux.

Services d'intervention en situation de crise

Attente administrative

Objectif de résultats

Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	2	2	4
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	N/D	22	188

Commentaires

Quatre CSSS sur six offrent des services d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Toutefois, les services en place ne correspondent pas à tous les standards de l'offre de service Jeunes en difficulté 2007-2012. Un cinquième CSSS élabore actuellement son programme et le sixième, vu le très petit nombre de population, ajuste ses services psychosociaux, le cas échéant. Au total pour la région, 188 jeunes et familles auraient été rejoints par ces services. Toutefois, puisqu'il s'agit d'un nouvel indicateur, il faut être prudent quant à la fiabilité du résultat.

Supervision des droits d'accès

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accessibilité aux services de droits d'accès (SDA).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de territoires de CSSS ayant accès à des services de SDA	1	2	1

Commentaires

Aucune entente concernant les SDA n'a été signée, toutefois des travaux sont en cours dans trois territoires de CSSS. Le service en place dans un territoire a été développé par une maison de la famille grâce à un soutien financier du gouvernement fédéral. L'organisme est en questionnement quant à la poursuite de ce service en 2009-2010, dans sa gamme de services. Diverses mesures sont mises en place pour répondre à des besoins ponctuels par les CSSS où le service n'est pas disponible.

Une entente entre le CSSS du Lac-Témiscamingue et un organisme communautaire est en processus de réalisation avec la collaboration du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. Un soutien financier non récurrent de l'Agence devrait permettre sa mise en œuvre en 2009-2010.

Il demeure difficile de développer ces services dans la région car la dispersion de la clientèle sur le territoire implique la mise en place de six organisations de services, ce qui nécessite des investissements importants.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Maintien dans la communauté – Places de soins post-hospitaliers

Attente administrative

Objectif de résultats

Maintenir des places de soins post-hospitaliers pour les personnes âgées.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de projets	S.O.	S.O.	1
Nombre de places d'hébergement	S.O.	S.O.	4

Commentaires

Une entente a été conclue en 2008-2009 entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et une résidence privée pour quatre lits. Le CSSS a décidé de maintenir le projet pour 2009-2010.

Maintien dans la communauté – Places d'hébergement non institutionnelles

Attente administrative

Objectif de résultats

Développer des places d'hébergement non institutionnelles du type « projet novateur ».

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de projets	2	2	3
Nombre de places d'hébergement	31	31	41

Commentaires

Un projet de quinze places pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) est opérationnel depuis octobre 2004 avec le CSSS du Lac-Témiscamingue.

Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a un projet de seize places pour les personnes présentant des déficits cognitifs modérés ou avec une déficience physique nécessitant un milieu adapté. Le projet initial devait débuter en 2006-2007, mais en raison de difficultés imprévisibles, une entente avec les Clercs de St-Viateur a été conclue en 2009 afin d'héberger temporairement les personnes visées par le projet. L'admission des personnes se fera progressivement au cours du mois de mai 2009. Les démarches se poursuivent pour la mise en place du projet permanent avec le Pavillon Harricana.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or planifie un projet de dix places pour personnes présentant des déficits cognitifs. Une entente a été conclue avec une résidence privée et les personnes devraient être admises au cours du mois de juin 2009.

Le CSSS de Rouyn-Noranda mettra en place un projet pour 28 personnes en PALV. Un hébergement temporaire est prévu pour neuf personnes pour une période d'environ dix-huit mois afin de permettre les aménagements physiques de la ressource.

Maintien dans la communauté – Soutien en logement social

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.

Indicateurs		*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre total d'unités d'habitation desservies		0		665
Nombre d'unités en :	PALV	0	S.O.	387
	Déficience intellectuelle – TED	0	S.O.	8
	Famille	0	S.O.	110
	Multi	0	S.O.	160

Commentaires

Sept projets ont été présentés en tenant compte des balises du MSSS. Les CSSS se sont associés à divers partenaires pour l'élaboration des projets : organismes communautaires, habitations à loyer modique (HLM), organismes sans but lucratif (OSBL), etc. Tous les projets ont été retenus. Tous les territoires de la région ont un projet de logement social.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle, une perte d'autonomie liée au vieillissement et des familles vulnérables sont visées par ces projets.

Les projets ont débuté en 2008-2009, sauf pour le territoire de la Vallée-de-l'Or qui devrait débuter en 2009-2010.

Maintien dans la communauté – Soutien des proches aidants

Attente administrative

Objectif de résultats

Soutenir les proches aidants.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de projets	0	6	3
Nombre de personnes desservies	0	95	42
Nombre d'heures de répit offertes	0	21 635	4 932
Nombre d'intervenants formés	0	49	18

Commentaires

Les cibles sont partiellement atteintes, elles ont été fixées selon les projets approuvés par le MSSS.

Des projets ont été conçus en collaboration avec des organismes communautaires dans tous les territoires de CSSS en 2007-2008 et devaient être mis en place en 2008-2009. Les CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda et de Témiscaming-et-de-Kipawa ont rencontré des difficultés principalement à cause du manque de formation des intervenants. La mise en œuvre se poursuivra en 2009-2010.

Certification des résidences privées

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer aux résidents des résidences pour personnes âgées de la région des services sécuritaires et de qualité en faisant en sorte que les résidences aient obtenu leur certification.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de résidences ayant fait une demande de certification	S.O	59	57
Nombre de résidences ayant obtenu leur certification	S.O	S.O	25

Commentaires

Avec l'entrée en vigueur du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité pour les résidences de personnes âgées, l'objectif principal était que les résidences aient acheminé leur demande de certification avant le 14 février 2009. Afin de faciliter cette démarche, des rencontres d'information ainsi que du soutien personnalisé ont été offerts aux exploitants des résidences. Plusieurs partenaires, dont les CSSS, les services de protection des incendies ainsi que la Régie du bâtiment du Québec, ont aussi contribué à ce processus. C'est le Conseil québécois d'agrément qui a effectué les visites d'appréciation.

La date butoir pour l'obtention de la certification a été fixée au 30 juin 2009 pour toutes les résidences.

Services dans la communauté – Perte d'autonomie liée au vieillissement

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3 578	3 578	3 751
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	23,3	24,2	24,86

Commentaires

La région atteint les résultats attendus pour le nombre de personnes rejointes. En rejoignant 19,4 % de la population, elle demeure au-delà du taux de pénétration attendu pour 2010 qui est de 16 %.

En ce qui a trait à l'intensité des services, la cible 2010 est atteinte, celle-ci étant fixée à 24 interventions par personne par année. Les services achetés, notamment aux entreprises d'économie sociale, et les allocations directes qui ne sont pas prises en compte par cet indicateur, sont en hausse. À noter qu'il y a eu un ajustement de la codification avec la déficience physique au profit de la perte d'autonomie liée au vieillissement, ce qui explique une partie de la hausse en 2008-2009.

◘ Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,34	3,34	3,34
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25	0,25	0,27

Commentaires

La région demeure au-dessus de la cible 2010 de trois heures pour les soins infirmiers et d'assistance.

Globalement, la cible est atteinte pour les services professionnels. Les résultats dépassent la cible de 2010 de 0,23.

Santé mentale

Services de crise et d'intégration dans la communauté – Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :
- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants)
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	86	86	90,1
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La cible est atteinte. En fait, 283 usagers différents ont été rejoints par les cinq CSSS qui assurent ces services en complémentarité avec les organismes communautaires de leur territoire. Un de ces CSSS a jumelé les services de soutien d'intensité variable aux services de soutien à domicile (SAD) pour la clientèle de la santé mentale. Les services sont assurés exclusivement par un organisme communautaire dans le sixième territoire par le biais d'une entente avec le CSSS.

Les activités reliées au soutien d'intensité variable sont diverses et adaptées en fonction des besoins des personnes ainsi que de la disponibilité de ressources humaines. Cette pratique de suivi dans la communauté réfère à une pratique clinique bien établie en région et, de plus, les professionnels sont ouverts et collaborateurs. Par contre, la réalité des territoires ruraux nécessite de très longues distances à parcourir, ce qui limite le temps d'intervention.

Considérant que tous les territoires de CSSS ont moins de 50 000 habitants chacun, la région n'offre pas de services de suivi intensif car la mise en place d'une équipe dédiée nécessite un minimum de personnes.

Services de première ligne – Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	2 182	2 356	1 999

Commentaires

Puisqu'en Abitibi-Témiscamingue, ce sont les mêmes personnes qui interviennent en première et deuxième ligne, l'évaluation du niveau de service offert est basée sur le nombre d'usagers sans suivi conjoint avec un psychiatre ou un pédopsychiatre pour la première ligne et avec suivi conjoint, pour la deuxième ligne. Ainsi, la tâche des intervenants est directement influencée par celle des psychiatres et des pédopsychiatres qui choisissent de maintenir leurs suivis ou pas, ce qui est souvent lié au manque de médecins de famille en région.

Pour expliquer les piètres résultats de 2008-2009, outre les pratiques médicales ci-haut mentionnées et malgré les ajouts financiers des dernières années, les CSSS indiquent de nombreuses absences (professionnels et gestionnaires) prolongées et non remplacées en raison des difficultés de recrutement de la main-d'œuvre. Les CSSS les plus touchés par des problèmes de recrutement ont réussi à combler leurs postes en fin d'année, ce qui augure mieux pour l'année 2009-2010.

L'implantation des guichets uniques et la consolidation des services de 1re ligne pour l'ensemble des CSSS ont aidé la prise en charge en 1re ligne. Par contre, certains psychiatres et pédopsychiatres continuent de faire des suivis conjoints, ce qui diminue considérablement le nombre de personnes qui devraient normalement être rencontrées en 1re ligne. Le changement de pratique clinique est un enjeu régional pour la réussite de la mise en place d'une 1re ligne efficace. Ainsi, des travaux régionaux ont permis de développer un modèle d'organisation de services en pédopsychiatrie qui devrait être adopté en juin 2009 et favoriser une meilleure utilisation des ressources spécialisées.

Une table régionale en santé mentale, table animée par l'Agence, coordonne des travaux reliés au renforcement des services de 1re ligne de soutien d'intensité variable et la consolidation des équipes dédiées aux services d'intervention de crises suicidaires et psychiatriques.

Services de première ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter ou consolider les équipes de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les jeunes	8,9	8,4	7,8
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les adultes	14,9	28,3	15,1

Commentaires

Puisqu'en Abitibi-Témiscamingue, ce sont les mêmes personnes qui interviennent en 1re et 2e ligne, l'estimation des ressources en place est effectuée à partir du nombre d'interventions réalisées par les intervenants sans suivi conjoint avec un psychiatre ou un pédopsychiatre, pour la 1re ligne et avec suivi conjoint pour la 2e ligne. Ainsi, leur tâche est directement influencée par celle des psychiatres et des pédopsychiatres qui choisissent de maintenir leurs suivis, ce qui est souvent lié au manque de médecins de famille en région, qui normalement devraient prendre la relève.

En 2008-2009, on observe une diminution du nombre de postes dédiés à la 1re ligne. Une partie de l'explication repose sur la pratique médicale mentionnée plus haut, mais la raison principale est en lien avec la main-d'œuvre. Ainsi, malgré les investissements des dernières années en 1re ligne, il a été difficile de combler des postes, deux établissements ont eu des difficultés importantes à remplacer des absences prolongées et on a observé un mouvement important du personnel cadre. Ajoutons que le changement de pratique en santé mentale entraîne un roulement de personnel au sein des équipes.

Le nombre de professionnels au sein des équipes de 1re ligne pour les adultes est estimé insuffisant selon le plan d'action en santé mentale.

Services de deuxième ligne - Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateur	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	44 64 au 31 mars	34	33,1 17 au 31 mars

Commentaires

La cible est atteinte quant au nombre moyen d'usagers de tout âge par période au cours de l'année. Il est à noter que les listes d'attente ont diminué au cours de l'année pour atteindre dix-sept au 31 mars 2009 chez les adultes et zéro chez les enfants.

Pour la majorité des CSSS, les délais d'attente en 2e ligne pour les moins de 18 ans sont presque nuls. Les délais d'attente en 2e ligne s'expliquent principalement par le manque de stabilité au niveau de la coordination au sein des équipes ainsi que par le manque de professionnels. De plus, comparativement aux données 2007-2008, on observe une augmentation de l'intensité d'intervention au sein des services de 2e ligne.

Étant donné la faible disponibilité de services de pédopsychiatrie, les pédiatres et les médecins généralistes sensibilisés par la problématique collaborent régulièrement avec les équipes de 2e ligne en santé mentale. Un plan d'organisation régionale de services en pédopsychiatrie est actuellement en processus de consultation. Ce dernier s'inspire de pratiques axées sur les soins partagés tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire. Il valorise la complémentarité entre les niveaux de services proposés au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Services d'urgence – Santé mentale

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	14,6	12	13,3
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,9 %	0,9 %	3,0 %

Commentaires

On constate une amélioration en 2008-2009 pour ces indicateurs sans toutefois atteindre les cibles. Cinq CSSS sur six sont évalués concernant les séjours à l'urgence en 2008-2009, alors qu'il n'y en avait que trois en 2007-2008. Un des CSSS a un séjour moyen sur civière en santé mentale de 20,4 heures et le pourcentage de séjour de 48 heures et plus de 8,2 %, ce qui explique le résultat régional.

Les lignes qui suivent décrivent les principales raisons des délais ainsi que des pistes d'amélioration pour 2009-2010 :

- La présence sur civière pour des problèmes de santé mentale inclut des personnes de plus de 75 ans présentant des problèmes de démence et des personnes ayant un problème de dépendance associé à des problèmes avérés de santé mentale. Certaines personnes présentant un problème de dépendance sont en attente d'une évaluation psychiatrique. Cette requête, au lendemain ou au réveil de la personne, ne s'avère pas toujours répondre aux besoins. Des corridors de services entre le centre de réadaptation en toxicomanie et les services de première ligne du CSSS sont en élaboration.
- Un débordement de l'unité de huit lits de psychiatrie légale, de deux à trois patients en moyenne au cours de l'année, dans les lits de soins psychiatriques de courte durée, explique la non-disponibilité des lits en courte durée pour les personnes en attente sur civière. Le débordement en psychiatrie légale est dû à la présence prolongée de personnes en attente pour des services d'évaluation ou d'hospitalisation, pour un congé définitif et un transfert d'unité (ex. : Pinel), pour une évaluation du Tribunal administratif du Québec (TAQ) ou de personnes hospitalisées en attente d'évaluation 0-30 jours et provenant des régions 17 et 18.

La présence du TAQ en région accuse fréquemment un retard. La mise en place d'un comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale devrait favoriser la révision des rôles et des responsabilités du CSSS responsable de cette mission en regard des personnes provenant des régions 17 et 18.

Services d'intégration dans la communauté

Attente administrative

Objectif de résultats

Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable	10,4	S.O.	10,1
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

La méthode d'évaluation du nombre de postes en place a été légèrement modifiée en 2008-2009 de sorte que la baisse d'effectifs n'est pas réelle. On avait calculé des allocations directes en aide à domicile pour la clientèle en santé mentale dans un des territoires.

Les services de soutien d'intensité variable (SIV) sont offerts par quatre CSSS. Un CSSS offre les services de SIV exclusivement par le biais d'une entente de collaboration avec un organisme communautaire. Un autre, ayant une très petite population, combine le SIV avec les services réguliers de soutien à domicile.

Cette pratique interdisciplinaire réfère à une pratique clinique de suivi dans les milieux de vie des personnes (réadaptation). Les services sont offerts par les intervenants en santé mentale et réalisés en complémentarité avec des organismes communautaires dans les cinq territoires.

Les activités reliées au SIV sont diverses et adaptées en fonction des besoins des personnes. Cette pratique de suivi dans la communauté réfère à une pratique clinique bien établie en région et, de plus, les professionnels sont ouverts et collaborateurs. Par ailleurs, la réalité des territoires ruraux nécessite de très longues distances à parcourir, ce qui peut limiter le temps alloué à l'intervention.

Il n'y a pas d'équipe dédiée au suivi intensif vu la masse critique insuffisante. Le MSSS évalue le besoin de ces équipes à partir d'une population de 50 000 personnes par territoire.

Santé physique

Accessibilité à des services médicaux

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services médicaux (activités chirurgicales, pharmacie) et à des services de diagnostics (analyses de biologie médicale).

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Activités chirurgicales			
Pourcentage des établissements faisant l'inscription et le suivi des délais d'attente dans SIMASS pour les chirurgies oncologiques, endoscopies, examens de résonance magnétique, santé mentale	S.O.	100 %	50 %
Pourcentage des établissements concernés qui ont élaboré un plan d'action local visant l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés	60 %	100 %	100 %
Laboratoire de biologie médicale			
Pourcentage de l'exercice de hiérarchisation des analyses locales, régionales et supra régionales	50 %	100 %	100 %
Pourcentage de réalisation pour abolition de la facturation intrarégionale des analyses de laboratoire prévue pour 2010	0 %	100 %	40 %
Pourcentage des laboratoires ayant passé leur agrément	50 %	100 %	100 %
Robotisation des pharmacies			
Dépôt du plan régional	S.O.	100 %	100 %
Pourcentage des pharmacies ayant déposé leur plan	S.O.	100 %	100 %

Commentaires

Activités chirurgicales : Tout au cours de l'année, des ajustements ont été faits par les responsables de l'amélioration de l'accès afin de corriger certaines lacunes identifiées dans le mécanisme d'accès aux chirurgies. Les endoscopies ainsi que les chirurgies oncologiques sont également identifiées et suivies par le même système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Un suivi des cas hors délais est effectué par l'Agence à la fin de chacune des périodes. Plusieurs des cas hors délais identifiés concernent les chirurgies dentaires et les chirurgies bariatriques. Pour les cas de chirurgies bariatriques, l'Agence a obtenu un budget spécifique pour répondre aux besoins de la clientèle en attente au CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Activités de diagnostic : Le MSSS a développé au cours de l'automne 2008 un outil pour suivre les délais d'attente en imagerie médicale. Un suivi trimestriel serait effectué. Les délais d'attente pour les différents examens seront identifiés au cours de l'année 2009-2010.

Laboratoire de biologie médicale : Au cours de 2008-2009, l'Agence a terminé l'exercice de hiérarchisation des analyses de laboratoire effectuées en région. Un comité de travail formé des responsables de laboratoires de chaque secteur de la région et des responsables de l'Agence a identifié les analyses à faible volume qui pourraient être centralisées dans les centres à plus fort volume. Le transfert de ces analyses vers les centres à plus fort volume est en cours. Ces travaux de hiérarchisation des analyses serviront de références pour qu'en 2009-2010 un comité de travail, sous la direction des ressources financières, abolisse la facturation intrarégionale, telle que demandée par le MSSS pour avril 2010.

Pharmacie : En mai 2007, la région a déposé son Plan régional des services pharmaceutiques 2007-2010 dans lequel la réorganisation du travail, l'acquisition de technologies et le rehaussement du nombre de ressources humaines sont prévues. Ce plan a comme objectif de contrer la pénurie de pharmaciens et d'améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament. Les six établissements de la région doivent réviser leur offre de service pharmaceutique sur les plans local et régional. La phase 1 de ce plan est actuellement en cours.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Cardiologie tertiaire

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Chirurgie

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	80	93	79
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	84	102	117
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 498	1 471	1 360
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	4 369	5 223	5 390
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant les prothèses totales de la hanche et du genou)	3 198	3 461	3 291

Commentaires

Il est difficile de commenter la production de chirurgies pour la région car les données sont recueillies à partir d'un système relativement nouveau (SIMASS). L'appropriation d'une nouvelle méthode de compilation nécessite un temps d'ajustement de la part des utilisateurs dans les établissements. Les années antérieures ont démontré que pour les chirurgies ciblées (hanche, genou, cataracte), les résultats reflètent bien la réalité, mais il existe une différence significative en ce qui concerne les productions de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation. Les données Méd-Écho permettent de mieux juger de la performance de la région; cependant, ces données ne seront disponibles qu'à l'automne 2009.

La région demeure fragile pour sa production chirurgicale en raison de la masse critique de chirurgiens en poste. Par exemple, pour 2008-2009 :

- le département de chirurgie du CSSS de Rouyn-Noranda n'avait que deux chirurgiens en poste sur une possibilité de trois;
- l'ophtalmologiste recruté au CSSS de la Vallée-de-l'Or a dû faire une mise à niveau avant d'effectuer les chirurgies de cataracte car il avait cessé de pratiquer ce type d'intervention.

Le nombre restreint des effectifs en place ne permet pas de compenser la production pour les postes laissés vacants.

Chirurgie

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	89,3 %	100 %	96 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	94 %	100 %	95 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99 %	100 %	97 %

Commentaires

Un suivi constant effectué par les responsables locaux de l'amélioration de l'accès aux services spécialisés de chaque établissement et l'Agence permet de maintenir des délais d'attente satisfaisants pour les chirurgies ciblées. Pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation, près de 94 % des chirurgies électives sont effectuées dans un délai de moins de six mois.

Les plans d'action déposés par les établissements ont révélé que les délais d'attente sont en grande partie associés aux examens diagnostiques. Les démarches entreprises par le MSSS pour suivre les délais d'attente des examens diagnostiques permettront aux établissements de bonifier leur mécanisme d'accès et d'augmenter le nombre de chirurgies réalisées.

Lutte contre le cancer

Entente de gestion

Objectif de résultats

Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet pour l'Abitibi-Témiscamingue.

Services d'urgence

Entente de gestion

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Séjour moyen sur civière	11	12	12,5
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,4	12	15,7
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,8 %	1,0 %	3,1 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	5,3 %	2,1 %	5,5 %

Commentaires

Au cours de l'année financière 2008-2009, les CSSS des Aurores-Boréales et du Lac-Témiscamingue se sont inscrits au registre des urgences. Les statistiques régionales des urgences sont maintenant calculées à partir des données de cinq urgences (CSSS de Rouyn-Noranda, CSSS de la Vallée-de-l'Or, CSSS Les Eskers de l'Abitibi, CSSS des Aurores-Boréales, CSSS du Lac-Témiscamingue). Auparavant, seulement trois urgences enregistraient des données.

Si le pourcentage de séjour sur civière de plus de 48 heures s'est légèrement amélioré pour le secteur du CSSS de la Vallée-de-l'Or, on remarque une augmentation de ces mêmes variables pour le CSSS de Rouyn-Noranda et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. L'augmentation de la clientèle de 75 ans et plus a un impact significatif sur l'occupation des lits de courte durée par la clientèle en attente d'hébergement. Sachant que cette situation influence les délais de séjour sur civière à l'urgence, le MSSS a demandé aux CSSS de Rouyn-Noranda et de la Vallée-de-l'Or de produire un plan d'action proposant des mesures structurantes pour améliorer la gestion des lits de courte durée. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a déposé en mars 2009 un plan d'action, pour l'urgence et la gestion des lits de courte durée, inspiré à la fois des conclusions d'un état de situation de l'urgence effectué à l'interne et d'une analyse diagnostique basée sur l'approche Lean Healthcare.

Le plan d'action du CSSS de Rouyn-Noranda est en élaboration et devrait être disponible en mai 2009.

Soins palliatifs

Entente de gestion

Objectif de résultats

Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	382	400	431
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,3	15,3	15,4

Commentaires

Les deux cibles sont atteintes. Les services se sont développés progressivement au cours des dernières années. Cinq territoires sur six dépassent le seuil visé par le MSSS, soit d'assurer un suivi à domicile à 50 % des personnes dont la situation est jugée propice à recevoir des soins palliatifs à leur domicile.

Santé publique

Habitudes de vie et maladies chroniques - Dépistage du cancer du sein

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Taux de participation au PQDCS	64,7 %	64,9 %	61,4 %

Commentaires

Le taux de participation de la région a diminué depuis l'an passé et n'a pas atteint l'objectif pour 2008-2009. Cependant, la région se situe bien au-delà de la moyenne provinciale qui est de 54,8 %. Cette diminution peut s'expliquer par les difficultés, reliées à l'organisation des services, rencontrées au cours de l'année, par exemple : liste d'attente pour obtenir un rendez-vous, pénurie de personnel certifié, absence de radiologiste, etc., ainsi que par l'accès limité dans deux territoires. Ainsi, le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa continue de recevoir la visite de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) une fois par année (vers le mois de février), ce qui explique le résultat de 50,6 %. Le CSSS des Aurores-Boréales a obtenu son accréditation de centre de dépistage désigné en juillet 2008, ce qui explique également le résultat de 42,3 %.

Une tournée des centres de dépistage désignés (CDD) débutant en janvier 2008 et se terminant en avril 2009 permettra de proposer des actions afin de respecter les critères de qualité du programme. De plus, un sondage a été effectué auprès des femmes qui ont passé une mammographie de dépistage au cours de l'année 2008. Cette démarche visait l'amélioration de la satisfaction des femmes concernant les services reçus dans le cadre du PQDCS. Un bilan de ce sondage permettra également de faire des recommandations pour améliorer la satisfaction des femmes.

Prévention des maladies chroniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Identifier une équipe locale dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques (alimentation, activités physiques, non-usage du tabac). Cette équipe s'arrimera au continuum de services.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques dans chaque CSSS	6/6	6/6	6/6
Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION implanté dans tous les milieux par territoire de CSSS (école, entreprise, municipalité)	Intervention implantée dans au moins un milieu par territoire	Intervention implantée dans tous les milieux par territoire	Intervention implantée dans pratiquement tous les milieux par territoire

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Commentaires

La cible est atteinte dans chacun des CSSS quant à la mise en place d'une équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques. La composition des équipes est complétée à l'exception d'un milieu qui connaît des difficultés de recrutement en activités physiques. La majorité des CSSS ont respecté la recommandation d'allouer 50 % de la bonification de l'investissement financier dans le programme intégré de prévention des maladies chroniques en Abitibi-Témiscamingue à la poursuite de la mise en place des équipes dédiées à la promotion.

Des activités en lien avec le programme *0•5•30 combinaison prévention* ont eu lieu dans chacun des CSSS, et ce, pour l'ensemble des milieux, soit les écoles, les entreprises et les municipalités. De plus, chacun des CSSS participe activement au déploiement de *Québec en forme* sur son territoire par un soutien important aux regroupements locaux de partenaires. Les équipes *0•5•30 combinaison prévention* collaborent aussi au déploiement de la norme *Entreprise en santé*.

Une formation en marketing social a rejoint l'ensemble des équipes dédiées à la promotion. Tous les CSSS ont offert une série de rencontres de groupe *Choisir de maigrir?* Un forum régional sur les environnements favorables à la prévention de l'obésité et du diabète a permis de faire des liens entre les différents acteurs régionaux et ceux de la santé.

Pour les centres d'abandon du tabac (CAT), la cible n'est pas atteinte. Le mandat des intervenants des CAT est maintenant élargi afin d'inclure un volet promotion-prévention. L'arrimage des intervenants CAT, comme porteur de l'expertise en tabagisme, avec l'équipe dédiée *0•5•30 combinaison prévention*, a été grandement avantageux.

La région s'est démarquée, encore cette année, en se classant parmi les trois premières au Québec pour sa participation au *Défi Santé 5/30*. Les intervenants des CSSS et de l'Agence ont été actifs pour promouvoir cette campagne et celle du *Défi J'Arrête, J'y Gagne*.

◘ Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Soutenir les 48 locaux de jeunes en milieu rural dans le but d'aider à la consolidation de la mesure.

Favoriser le développement de projets en alimentation et en activité physique dans le cadre de Québec en forme en 2009-2010.

Développer un partenariat financier plus stable en vue d'assurer la pérennité de l'animation des jeunes en milieu rural.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Maintien du nombre de territoires participant à l'entente de concertation concernant l'animation des jeunes en milieu rural	5/5*	5/5*	5/5*
Nombre de projets présentés en alimentation et en activité physique dans le cadre de Québec en forme	S.O.	5/5	5/5

* Les locaux de *Jeunes en milieu rural* sont implantés dans cinq territoires compte tenu que le territoire du Témiscaming-et-de-Kipawa n'a pas de population en milieu rural.

Commentaires

L'entente de concertation régionale *Jeunes en milieu rural* a été renouvelée en mars 2009 entre l'Agence, représentant les six CSSS de la région, et dix partenaires provenant de cinq territoires de la région. L'entente a pour objet d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des comités et des locaux de *Jeunes en milieu rural* de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette mesure s'adresse plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

Le modèle d'intervention développé dans le cadre de l'animation jeunesse en milieu rural est novateur et présente une formule tout à fait adaptée aux régions rurales. Cette mesure vise l'acquisition, par les jeunes, d'habiletés individuelles et sociales (mode de vie sain, développement de l'estime de soi et de l'autonomie, habiletés au travail d'équipe).

Tous les locaux de jeunes ont déposé un projet au comité d'action local dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte à l'obésité, le volet I du *Fonds de promotion des saines habitudes de vie* qui vise à soutenir les projets de mobilisation des communautés locales s'articulant autour de la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif chez les 0 à 17 ans.

L'évaluation des impacts de l'animation effectuée par l'UQAT révèle des améliorations notamment de la nécessité des locaux de jeunes, de l'importance des études postsecondaires, de l'ouverture face à la différence, de l'attitude face aux jeux de hasard et d'argent et du tabagisme. Par ailleurs, l'évaluation note une régression de l'implication dans la collectivité, l'attachement au milieu et la confiance des élus municipaux face aux jeunes. On constate également que les jeunes sont plus nombreux à avoir une attitude de banalisation des drogues et de l'alcool. Cette évaluation nous guide dans le choix d'activités à poursuivre et pour des pistes d'amélioration.

◘ Jeunes et famille – École en santé

Attente administrative

Objectif de résultats

Rendre accessible dans les milieux scolaires des territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue une intervention globale et concertée.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Nombre d'écoles ayant une approche intégrée en promotion prévention (primaires et secondaires)	36/36 écoles de 3 commissions scolaires 20/33 écoles de 2 commissions scolaires Totalisant 79 % d'écoles et 79 % de la population étudiante	Consolider l'implantation de l'approche au sein des écoles	84/98 écoles * francophones (primaires et secondaires) 1 école en milieu autochtone (89 % de la population étudiante)

* Le nombre d'écoles correspond au nombre de bâtiments. Ne pas confondre avec les écoles institutionnelles qui peuvent regrouper plusieurs écoles physiques (Source : MELS, données 2007-2008, effectifs scolaires secteur jeunes francophones uniquement).

Nombre de rencontres de perfectionnement et de suivi pour renforcer l'implantation de l'approche École en santé auprès des écoles engagées	1 session de perfectionnement offerte aux 14 intervenants pivots Tenue de rencontres avec les responsables des 2 réseaux	2 sessions de perfectionnement aux intervenants Analyse et bilan du déploiement dans chacun des territoires	1 session de perfectionnement aux intervenants 1 session de perfectionnement aux professionnels de la Direction de santé publique (DSP)
Nombre de rencontres, auprès du personnel concerné (intervenants pivots), animées conjointement avec le ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS).	3 rencontres régionales animées DSP-MELS	Maintien des rencontres régionales pour les intervenants pivots	3 rencontres régionales pour les intervenants pivots
Participation du personnel des secteurs de la santé et des services sociaux et de l'éducation aux activités de sensibilisation et de formation	Tenue de sessions de perfectionnement auprès des directions d'établissement dans 2 territoires	Perfectionnement à réaliser dans chaque territoire	Plusieurs rencontres d'informations ont été tenues sur tout le territoire Une formation a eu lieu dans un secteur

Commentaires

Il est important de noter que le déploiement de l'approche École en santé est inégal d'une école à l'autre. Certains milieux sont à la première étape (mobilisation) alors que d'autres en sont à mettre en place des moyens cohérents avec les recommandations d'experts en promotion et prévention.

◘ Jeunes et famille – Promotion et prévention

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateur	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Proportion de femmes ayant accouché dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	≥ 90 %	≥ 85 %	87 %

Commentaires

CSSS	Cible 2008-2009	Données du CSSS	Commentaires
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	85 %	9 (100 %)	
CSSS du Lac-Témiscamingue	90 %	6 (66 %)	Grande baisse de natalité sur ce territoire - 3 refus
CSSS de Rouyn-Noranda	90 %	55 (96 %)	2 refus
CSSS des Aurores-Boréales	85 %	48 (100 %)	
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	90 %	27 (73 %)	10 refus
CSSS de la Vallée-de-l'Or	85 %	45 (86 %)	3 refus - 4 déménagements

Commentaires

Conformément au programme, cinq CSSS sur six débutent les suivis SIPPE à la 12e semaine de grossesse. Par ailleurs, tous les CSSS terminent les suivis lorsque l'enfant a 24 mois. Quelques-uns ont essuyé des refus de la part des femmes mais ce sont des exceptions. Le déménagement constitue l'autre motif d'arrêt du suivi et ce nombre n'est pas significatif. Quant aux territoires sur lesquels sont situés des établissements indiens ou des réserves, le nombre de femmes enceintes suivies par les cliniques médicales et correspondant aux critères des SIPPE est très difficile à obtenir par les CSSS visés.

Fait à noter, toutes les équipes SIPPE reçoivent les avis de grossesse via les cliniques médicales et chacune des femmes répondant aux critères est appelée par son CSSS afin de se faire offrir les services. Les femmes autochtones hors réserve, c'est-à-dire celles qui habitent « en ville », sont également référées par leur médecin de famille aux SIPPE et sont rencontrées par les intervenantes des CSSS.

Tous les CSSS ont des tables intersectorielles actives sur leur territoire visant les familles et les enfants de 0 à 5 ans.

Note : Il y a divergence entre les données I-CLSC et les données répertoriées par les CSSS dans l'exercice manuel de reddition de comptes. Le MSSS retient comme dénominateur pour cet indicateur une estimation de femmes, ce qui donne 67,9 %, alors que les CSSS effectuent le calcul sur le nombre réel de femmes admissibles au programme.

Prévention des chutes chez les personnes âgées

Attente administrative

Objectif de résultats

Favoriser la mise en œuvre du volet 2 « Intervention multifactorielle personnalisée »

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre de CSSS ayant débuté la mise en œuvre d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP)	0	4/6	3/6

Commentaires

Les CSSS des Aurores-Boréales, Les Eskers de l'Abitibi, de Témiscaming-et-de-Kipawa et de la Vallée-de-l'Or souhaitaient débuter l'implantation du programme et ont identifié un nombre de personnes à rejoindre pour la première année. Une formation IMP a eu lieu en novembre 2008. Cette formation s'adressait particulièrement aux intervenants dédiés, intervenants concernés par le sujet, alors que les chefs de programme ont été invités pour l'avant-midi de la première journée.

Cette formation visait à :

- outiller les intervenants des CSSS pour l'implantation du volet 2 de la prévention des chutes chez les personnes âgées, soit l'IMP;
- situer le volet multifactoriel personnalisé du soutien à domicile dans le continuum de services de prévention des chutes chez les aînés;
- comprendre les étapes de l'intervention et le rôle de l'intervenant dédié;
- appliquer les outils de dépistage pour les facteurs de risques.

Au total, il y a eu dix participants provenant de trois des quatre CSSS. Un CSSS n'a pas réuni les conditions de réussite par manque de ressources, mais débutera l'an prochain. Soulignons qu'un établissement a dépassé la cible convenue et a une liste d'attente pour la prochaine année. Les deux autres établissements ont manifesté leur intention d'implanter le programme en 2009-2010 et ont obtenu un soutien financier de l'Agence à cette fin.

◘ Maladies infectieuses – Immunisation

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Évaluer les retards de vaccination à 2 mois et à 1 an.

Réduire les retards de vaccination afin que les enfants puissent bénéficier d'une protection optimale.

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Pourcentage d'enfants ayant reçu en CSSS leur 1re dose de vaccin DCaT-Polio-Hib (Pediacel à 2 mois) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du protocole d'immunisation du Québec (PIQ)	66,8 %	90 %	76,7 %
Pourcentage d'enfants ayant reçu en CSSS leur 1re dose de vaccin pneumocoque (Prevnar à 2 mois) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	66,8 %	90 %	77,3 %
Pourcentage d'enfants ayant reçu en CSSS leur 1re ose de vaccin méningocoque sérogroupe C (à 1 an) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	54,3 %	90 %	65 %
Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza	63,9 %	80 %	58,5 %

Commentaires

Vaccination à 2 mois et 1 an :

On observe une nette amélioration des pourcentages atteints, soit un bond approximatif de 10 % pour les vaccins Pediacel, Prevnar et méningocoque. Aucun CSSS n'a atteint la cible visée. Toutefois, cinq CSSS sur six ont augmenté leur pourcentage et pour deux d'entre eux, cette hausse se situe autour de 15 %. Il y a une diminution des résultats pour un seul CSSS. Soulignons que quatre CSSS ont atteint l'objectif ministériel fixé à 75 % pour les indicateurs de vaccination à deux mois. L'indicateur de vaccination à un an semble être plus difficile à atteindre. Le retour des mères au travail après le congé de maternité d'un an serait, selon les vaccinatrices, un des facteurs déterminants.

Les efforts déployés par les CSSS pour réduire les délais de vaccination ont porté fruit. Les différentes stratégies mises en place se sont avérées efficaces et doivent, de toute évidence, être maintenues afin de conserver les acquis et poursuivre la progression vers les cibles visées.

Vaccination influenza chez les travailleurs de la santé :

L'objectif de 80 % fixé par le MSSS n'est pas atteint en région et on constate, malheureusement, une diminution de 5 % comparativement à l'année passée. Il s'agit d'un constat décevant puisqu'une activité particulière, pour la promotion auprès du personnel des établissements de soins, a été réalisée dans tous les CSSS de la région dans le cadre de la semaine régionale de la prévention des infections. Les efforts et les réflexions doivent être poursuivis afin de développer d'autres stratégies qui permettraient de progresser vers l'atteinte des cibles.

Maladies infectieuses – Protection – Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Attente administrative

Objectif de résultats

Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP)	S.O.	285	554

Commentaires

En 2007-2008, les activités étaient ciblées par milieux. En 2008-2009, l'ensemble des activités de dépistage a été regroupé, de sorte qu'il est difficile, parfois, de distinguer la clientèle vulnérable parmi celle rejointe. En conséquence, l'interprétation des résultats doit être effectuée avec prudence.

Les services de dépistage et de prévention des ITSS ont été déployés partout, à l'exception du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa. Malgré l'absence de travailleurs de rue de façon sporadique dans quelques secteurs, les activités de dépistage ont maintenu leur rythme, sauf pour un CSSS. Les groupes vulnérables sont rejoints de façon inégale d'un territoire à l'autre. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or démontre une efficacité exemplaire avec Pikatemps, un modèle de partenariat qui tient la route depuis cinq ans. Concernant le CSSS de Rouyn-Noranda, la Clinique Jeunesse est tout aussi efficace en raison de son organisation. Le taux de positivité des tests de dépistage des deux territoires plus populeux démontre que la clientèle ciblée y est rejointe.

Pour tous les secteurs, on observe toujours une grande difficulté à rejoindre les hommes homosexuels. Des efforts doivent être consentis pour comprendre la situation et apporter des correctifs.

Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	100 % (66,6 %)	100 %	16,6 % (66,6 %)

Commentaires

La définition de cet indicateur a été modifiée au cours de l'année par le MSSS, sans préavis, de sorte que les résultats obtenus en 2008-2009 ne peuvent être comparés à ceux de 2007-2008. Les résultats inscrits entre parenthèses traduisent mieux la réalité compte tenu de ces modifications. En effet, le MSSS a ajouté les civières à l'urgence dans le calcul du nombre de lits de courte durée et a ajouté un ratio d'infirmières 1/300 lits pour les lits de psychiatrie. L'impact de ces ajouts a fait glisser plusieurs établissements légèrement en bas du ratio de postes requis, ce qui donne un ratio de plus de 0,9 poste. L'impact est plus important pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or qui a reçu un soutien financier pour corriger la situation en 2009-2010. Pour les autres CSSS, l'Agence considère la cible atteinte, le déficit d'heures étant de quelques heures par semaine.

Voici les résultats détaillés des six CSSS pour chacune des missions.

	CSSSLT	CSSSAB	CSSSEA	CSSSRN	CSSSVO	CSSSTK	% d'atteinte du ratio attendu par mission
Nombre de postes infirmière en place (1/133 lits) CHSGS sur le nombre requis	0,24/0,24	0,54/0,54	0,72/0,72	0,60/0,65	0,77/0,77	0,10/0,06	Tous les établissements atteignent le ratio à plus de 90 %
Nombre de postes infirmière (1/300 lits) soins psychiatriques sur le nombre requis	S.O.	0/0,03	0/0,03	0/0,05	0/0,1	S.O.	Vu le temps requis, le soutien est assuré par les mêmes ressources qu'en courte durée, ce qui place le CSSSVO en bas de 90 % du ratio
Nombre de postes infirmière (1/133 lits) CHSLD sur le nombre requis	0,26/0,28	0,66/0,72	0,38/0,41	0,40/0,63	0,63/0,70	0,10/0,06	Cinq des six établissements ont un ratio à plus de 90 %

En ce qui concerne l'hébergement en soins de longue durée, cinq CSSS sur six répondent au ratio à plus de 90 %. Le CSSS de Rouyn-Noranda, qui n'y répond pas, est temporairement dépourvu de titulaire. La situation sera rétablie en mai 2009.

Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	37,5 %	100 %	28 %
	Catégorisation	0 %	100 %	14 %
	Accord responsable	0 %	100 %	8 %
	Accord au CA	0 %	100 %	0 %
	Désignation resp.	6,25 %	100 %	0 %

Commentaires

L'écart entre les résultats 2007-2008 et 2008-2009 s'explique par le fait que le MSSS a fait passer le nombre de sites visés de dix-sept (CH et CHSLD) en 2007-2008 à 50 (CH, CHSLD, CLSC et CR) en 2008-2009, ce qui a nécessité une nouvelle planification des tâches à accomplir. Ainsi les sites déjà débutés et impliquant le plus de risque pour la prévention des infections nosocomiales ont été choisis en priorité, soit les CH et les CHSLD, pour appliquer les lignes directrices.

Voici la situation détaillée à la période 13 :

- Répertoire : Quatorze des 50 sites ont répertorié les surfaces alors que cinq autres ont amorcé la démarche.
- Catégorisation : Sept des 50 sites ont catégorisé les surfaces alors que onze autres ont amorcé cette étape.
- Accord responsable : Quatre des 50 sites ont désigné une personne responsable, un autre site est en processus.

En 2007-2008, à l'étape 5, *Désignation des responsables*, un établissement n'avait pas bien saisi les données (confusion avec l'étape 3, *Accord du responsable*), ce qui explique le résultat erroné de 6,25 %. Le tout a été rectifié à la période 11 en 2008-2009.

Recherche en développement des communautés

Préoccupation régionale

Objectifs de résultats

Élaborer et réaliser un tableau de bord des communautés de l'Abitibi-Témiscamingue contribuant à la connaissance des caractéristiques de chacun des milieux de vie et de leur potentiel de développement.

Identifier, décrire et mettre en action le réseau de soutien au développement des communautés.

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Protocole de collaboration des six organisations régionales impliquées	S.O.	Définition de l'entente	Protocole signé
Comité de pilotage régional	S.O.	Constitution du comité	Comité constitué
Comités territoriaux	S.O.	Constitution des comités	5 comités constitués
Choix des communautés	S.O.	Délimitation de toutes les communautés	139 communautés

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Validation des indicateurs	S.O.	Choix des indicateurs «quantitatifs»	Choix réalisé
Grille des potentiels, mise en réseau, formation en développement des communautés	S.O.	En planification	En planification

Commentaires

La démarche d'implantation du *Tableau de bord des communautés de l'Abitibi-Témiscamingue* prend appui sur les travaux et le modèle de tableau de bord développés par M. Réal Boisvert et son équipe de la région Mauricie-Centre-du-Québec. Ce projet s'implante en même temps dans trois autres régions du Québec : Estrie, Chaudière-Appalaches et Capitale Nationale. Un comité national assure les liens entre chacun des projets.

La finalité de ce projet est de deux ordres :

- accroître la connaissance de l'état de santé et de bien-être de chacune des communautés et de leur potentiel de développement;
- outiller les intervenants des CSSS et leurs partenaires à une pratique d'interventions appropriées et concertées en soutien au développement de ces communautés.

Ce projet dans lequel l'Agence a investi 25 000 $ sur deux ans et l'équivalent d'une personne à temps complet fait appel à une quantité importante de ressources humaines. Une cinquantaine de personnes participent directement et une vingtaine d'organisations collaborent (CSSS, CLD, CLE, ROC, etc.). Un budget total d'environ 300 000 $ lui est alloué.

La première phase du projet se terminera en novembre 2010. Cette phase produira les caractéristiques quantitatives des 139 communautés de l'Abitibi-Témiscamingue, les potentiels de développement de six communautés-pilotes, les pistes d'actions et une intervention de soutien planifiée et réalisée dans chacune de ces communautés-pilotes, ainsi qu'un guide d'utilisation des savoirs, acquis des interventions faites en développement des communautés.

Santé au travail

L'année financière du programme santé au travail correspond à une année civile, à savoir de janvier à décembre. En 2008, l'année financière s'est terminée le 3 janvier 2009. Cette dernière en est une charnière pour le programme santé au travail pour tout ce qui concerne le processus de réorganisation des équipes locales. Deux éléments majeurs se sont démarqués :

Poursuite de la modernisation du Plan régional d'organisation des services :
En juin 2008, dans le cadre du processus de réorganisation des services, l'Agence a procédé au regroupement des équipes locales du programme. À la suite d'un processus d'appel d'offres lancé à l'automne 2008, le conseil d'administration de l'Agence a désigné, en février 2009, le CSSS du Lac-Témiscamingue pour agir comme établissement mandataire pour la dispensation de l'ensemble des activités locales du programme santé au travail pour la région. L'année 2009 sera bien remplie au regard de la modernisation du plan régional d'organisation des ressources en santé au travail. La date de prise en charge par le CSSS du Lac-Témiscamingue est fixée au 13 septembre 2009.

Les ententes de gestion et d'imputabilité spécifiques au programme :

En 2008, au plan des ententes de gestion et d'imputabilité spécifiques au programme, les cibles liant l'Agence et la Direction régionale de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ont été atteintes à près de 70 %. À titre d'exemple, notons l'augmentation de près de 8 % du nombre de demandes d'évaluation pour le *Programme maternité sans danger* dans la région (909 en 2008 par rapport à 834 en 2007). Aussi, soulignons le succès obtenu par la tenue de la 20e édition du Colloque régional en santé et sécurité au travail. Cette activité annuelle, organisée en partenariat entre l'Agence, les CSSS de la région et la CSST, est un événement incontournable de promotion de la santé et de la sécurité au travail auprès des employeurs et travailleurs de chez nous.

Santé environnementale

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Assurer un soutien d'expertise en santé environnementale.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Avis et soutien d'expertise selon les besoins		Selon les besoins du milieu	Réponses aux besoins

Commentaires

Le programme de surveillance de la qualité de l'air ambiant dans les arénas se poursuit en collaboration avec les CSSS de la région depuis dix ans. Ce programme régional vise la sensibilisation des gestionnaires d'aréna aux risques d'intoxication par les gaz de combustion (CO et NOx) émis dans l'air intérieur durant les activités de hockey. L'objectif poursuivi est une prise en charge de la qualité de l'air intérieur par les gestionnaires de ces équipements de loisirs, par la mise en place de pratiques de prévention (ventilation suffisante, entretien des équipements, détection du CO, etc.).

Un projet de recherche a été développé en collaboration avec Santé Canada, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et l'Institut nationale de santé publique du Québec (INSPQ) afin de documenter la consommation régulière d'une eau contaminée à l'arsenic et les effets possibles sur le développement de certaines maladies chroniques dont l'hypothyroïdie et le diabète de type 2. La récupération des échantillons d'eau de puits domestiques et des échantillons biologiques des participants est prévue au printemps 2009. L'Abitibi-Témiscamingue possède des formations géologiques propices à la contamination naturelle de l'eau souterraine par l'arsenic. Depuis quelques années, la Direction de santé publique multiplie les campagnes de sensibilisation auprès de la population possédant un puits artésien dans les zones géologiques propices quant aux effets sur la santé d'une consommation d'eau contaminée et la nécessité d'analyser l'eau du puits pour déceler la présence d'arsenic.

Un projet majeur d'exploitation minière à ciel ouvert au cœur de la ville de Malartic a été soumis au processus d'évaluation des impacts environnementaux. La Direction de santé publique a procédé à l'analyse des informations soumises par le promoteur dans son étude afin d'évaluer les risques potentiels pour la santé de la population environnante et de procéder à des recommandations. La Direction de santé publique a également représenté le MSSS pour son expertise dans le cadre du processus d'audiences publiques du Bureau des audiences publiques sur l'environnement (BAPE). Les conclusions de l'analyse du projet par les ministères de même que par le BAPE devraient être déposées à la ministre du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs à l'été 2009.

Surveillance de l'état de santé

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Mettre à jour le Portrait de santé de la population des six territoires de réseaux locaux de services et de la région afin de soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle et également d'informer la population, les intervenants et les décideurs comme le prescrit la Loi sur la santé publique.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Tableau de bord comportant un certain nombre d'indicateurs sociosanitaires pour chacun des 6 CSSS de la région, la région de l'Abitibi-Témiscamingue et le Québec	S.O.	1 tableau de bord	1 tableau de bord
Portrait de santé résumé pour chacun des 6 territoires de CSSS de la région	S.O.	6 fascicules	6 fascicules
Portrait de santé résumé pour l'ensemble de la région	S.O.	1 fascicule	1 fascicule

Commentaires

La diffusion de ces documents (le tableau de bord et les sept fascicules) a fait l'objet d'efforts particuliers :

- annonce à l'avance auprès des intervenants et des décideurs du réseau de la santé et des services sociaux;
- publication annoncée d'avance sur le site web de l'Agence;
- diffusion des documents (version papier ou électronique) dans le réseau de la santé et des services sociaux et auprès des partenaires régionaux;
- dépôt des documents en version électronique sur le site web de l'Agence;
- entrevues auprès de différents médias (radio, télévision, etc.);
- présentations auprès de différents publics (comité de coordination réseau santé et services sociaux (CCRSSS), conseil d'administration de l'Agence, personnel du CR La Maison, étudiantes en sciences infirmières de l'UQAT, Carrefour Jeunesse Emploi de la MRC Abitibi-Ouest, etc.)

La prochaine édition des Portraits de santé est prévue pour l'année financière 2010-2011. Elle devrait contenir davantage de données locales puisque la Direction de santé publique a acheté un échantillon supplémentaire à l'Institut de la statistique du Québec dans le cadre de l'Enquête québécoise sur la santé de la population menée en 2008-2009.

Services généraux

Services infirmiers et psychosociaux généraux

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 946	1 946	2 307
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,9	3,94	3,7

Commentaires

Pour l'indicateur 1.2.2, le seuil est dépassé. Globalement, environ 1,6 % de la population totale est rejointe, ce qui est plus élevé que la moyenne provinciale de 0,84 %.

Les résultats n'incluent pas les usagers desservis dans le cadre d'une série de rencontres en groupe. Ce type d'interventions est privilégié dans quatre CSSS de la région pour un total de neuf groupes.

Pour l'indicateur 1.2.3, les résultats montrent que la moyenne régionale se situe à 3,7 interventions par usager pour 2008-2009, la moyenne provinciale étant de 3,62. La cible régionale n'est pas atteinte. On observe toutefois que les résultats varient d'un territoire à l'autre.

Programmes de Soutien

Administration et soutien aux services

Équilibre budgétaire

Attente administrative

Objectif de résultats

S'assurer de l'équilibre budgétaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Agence.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Évolution de la situation financière des établissements par rapport à l'année précédente	2 528 628 $	0 $	(579 875 $)
Évolution de la situation financière de l'Agence	85 444 $	0 $	210 802 $

Commentaires

En 2008-2009, trois établissements présentent un déficit. En ce qui concerne un de ces établissements, le déficit total est de l'ordre de 981 306 $. Un plan d'équilibre budgétaire présenté par l'établissement a été accepté par le MSSS. Cet établissement prévoit le retour à l'équilibre budgétaire en 2009-2010. En ce qui concerne les deux autres établissements, il s'agit de dépenses non récurrentes imprévues, de sorte qu'un plan de retour à l'équilibre budgétaire n'est pas demandé.

Personnel du réseau et du Ministère

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,29	6,06	5,62

Commentaires

La cible 2008-2009 est atteinte. Les CSSS ont fortement amélioré leurs résultats, ce qui a contribué à l'atteinte de la cible régionale. À la période 12, le résultat est de 5,62 %.

Personnel du réseau et du Ministère

Entente de gestion

Objectif de résultats

Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier	33,3 %	66,7 %	50 %
Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante (MOI) du personnel infirmier	S.O.	66,7 %	50 %

Commentaires

La cible est partiellement atteinte pour ce nouvel indicateur sur le temps supplémentaire du personnel infirmier. Globalement, les CSSS ont sollicité davantage le temps supplémentaire en 2008-2009 par rapport à 2007-2008. Toutefois, l'un d'entre eux a fait des progrès, ce qui explique le résultat en termes de pourcentage d'établissements.

Le recours à la main-d'œuvre indépendante est un nouvel indicateur permettant de mesurer la pénurie de la main-d'œuvre parmi le personnel infirmier. En 2008-2009, cinq des six CSSS ont sollicité davantage la MOI par rapport à 2007-2008. Ce secteur présente des signes de plus en plus évidents de pénurie.

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Normaliser les données selon le cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'établissements qui ont normalisé les données selon le cadre normatif de la GPMO	S.O.	10	10

Commentaires

Considérant l'importance d'avoir accès à des données comparables et valides pour tous les établissements, un cadre normatif en gestion prévisionnelle de main-d'œuvre a été élaboré par chacun d'entre eux.

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Élaborer la stratégie régionale de main-d'œuvre 2009-2015 (SRMO).

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
La stratégie régionale de main-d'œuvre 2009-2015 (SRMO) élaborée	S.O.	SRMO élaborée	Version préliminaire de la SRMO produite

Commentaires

Le réseau de la santé et des services sociaux est confronté à des situations de pénurie de main-d'œuvre qui, compte tenu de la démographie de la population québécoise, augmenteront de manière substantielle au cours des prochaines années. Il importe donc de se doter d'une stratégie de main-d'œuvre visant à éviter ou à atténuer les pénuries de main-d'œuvre et à s'assurer que, présentement et dans le futur, les établissements puissent avoir le personnel compétent requis pour offrir les services de santé et les services sociaux à la population. C'est donc l'objet du document résultant des rencontres de travail et de réflexion avec les directions des ressources humaines des établissements et les partenaires du réseau.

Planification de la main-d'œuvre

Attente administrative

Objectif de résultats

Produire un inventaire régional de la main-d'œuvre.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit à l'aide de l'outil 1-2-3 go PMO	10 établissements	10 établissements	10 établissements

Commentaires

Le portrait régional a été produit à l'automne 2008 et les résultats ont été diffusés aux directeurs généraux et aux responsables des ressources humaines.

Les régions comparables par catégorie d'emploi ainsi que les données populationnelles ont été ajoutées à l'analyse.

Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en social)	9	10	9
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5	6	5

Commentaires

En ce qui concerne le volet social, bien qu'il y ait un calendrier de placement des stages, les établissements doivent s'approprier les différents processus reliés au placement afin d'en améliorer l'efficacité.

Pour le volet *soins infirmiers*, face au volume de stages, une meilleure coordination et une répartition des stagiaires sont les principaux sujets à travailler.

Les membres des comités des stages ont participé à la démarche de l'élaboration de la stratégie régionale de main-d'œuvre car c'est un volet important dans la problématique de pénurie de main-d'œuvre.

Recrutement de la main-d'œuvre

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des événements	13 salons de l'emploi	8 salons de l'emploi	8 salons de l'emploi
Plan de communication sur le recrutement régional	Plan de communication élaboré	Produire un cédérom interactif Participer à des activités de promotion en milieu scolaire	Cédérom interactif produit Participation à 10 journées de promotion en milieu scolaire

Commentaires

Les établissements ont ciblé les meilleurs salons de l'emploi à la suite des expériences passées, ce qui a permis de recueillir 139 candidatures. Certaines mesures du plan de communication ont été réalisées avec la production d'un cédérom interactif sur la promotion des emplois dans le réseau en Abitibi-Témiscamingue. Une conférence de presse de lancement s'est faite le 1er écembre 2008. Pour la première fois, une tournée auprès des élèves du secondaire a été effectuée et environ 3000 d'entre eux ont été rejoints.

◘ Recrutement et rétention des cadres

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Le développement des compétences des cadres.

Indicateur	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Implanter le programme régional de *coaching* à l'intention des cadres	Programme régional élaboré	Constitution de la banque de *coachs* Formation des *coachs* Recevoir des projets de *coaching*	Banque de *coachs* constituée Une première cohorte de *coachs* formée 10 projets de *coaching* reçus et débutés à l'hiver 2009

Commentaires

Toutes les étapes du processus de démarrage et d'implantation du programme de *coaching* ont été réalisées avec succès : 33 personnes sont intéressées à devenir *coach* dont 15 gestionnaires, 11 retraités, 3 professeurs de l'UQAT et 4 consultants externes.

Une première cohorte de 12 *coachs* a été formée pour permettre la création de 10 dyades. Il est prévu de solliciter le réseau avec des outils de promotion à l'automne 2009.

◘ Infirmière praticienne de première ligne

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne.

Indicateur	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Débuter une démarche sur l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPS)	Plan d'action élaboré	Mettre en œuvre le plan d'action	Mise en œuvre du plan d'action

Commentaires

Les éléments suivants du plan d'action ont été réalisés :

- Médecin coordonnateur chargé d'enseignement identifié.
- Médecins superviseurs de stage identifiés.
- Contrats entre CSSS et étudiantes signés.
- Protocole d'entente entre l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et de l'Université McGill élaboré.
- Sous-comité d'enseignement médical constitué.

Des douze infirmières qui ont débuté le cours en maîtrise en sciences infirmières - volet *infirmière praticienne spécialisée* en soins de première ligne, il en reste actuellement cinq. L'UQAT a traversé l'année 2008-2009 très difficilement car l'Université McGill offre très peu de soutien pour l'encadrement des cours théoriques ainsi que pour l'encadrement des cours cliniques. À l'hiver 2009, l'UQAT, l'Université McGill et l'Agence se sont rencontrés par visioconférence et cela a permis de clarifier plusieurs éléments. L'Université McGill s'est engagée pour assurer un soutien à l'UQAT et une entente a été convenue pour le financement.

◘ Formation *Agir auprès des personnes âgées*

Attente administrative

Objectif de résultats

Diffusion auprès des préposés aux bénéficiaires (PAB) du programme ministériel de formation *Agir auprès de la personne âgée*.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Besoins des établissements identifiés sur le choix des modules de formation		8/8 établissements visés	8/8 établissements visés
Identification du nombre de PAB à former		8/8 établissements visés	8/8 établissements visés
Entente de service avec la Commission scolaire Harricana (CSH)		Entente de service conclue	Entente de service conclue
Plan de déploiement de la formation diffusé		Diffusion du plan de déploiement	Diffusion du plan de déploiement

Commentaires

La formation de formateurs par la Commission scolaire Harricana est prête à débuter en avril 2009. Les établissements qui ont choisi ce modèle pour la formation de leur personnel peuvent commencer le déploiement interne de la formation.

La Commission scolaire Harricana est prête à convenir d'une entente de service avec les établissements qui ont opté pour le modèle clé en main, c'est-à-dire la formation des PAB par la Commission scolaire Harricana.

Ressources informationnelles

Plan directeur régional en ressources informationnelles

Attente administrative

Objectif de résultats

Actualiser le plan directeur régional en ressources informationnelles (PDRRI) et mettre en œuvre divers projets de développement selon les priorités établies par l'Agence et les établissements de la région.

Indicateurs	***Résultats 2007-2008***	***Cibles 2008-2009***	***Résultats 2008-2009***
Nombre d'établissements ayant réalisé la planification des travaux de déploiement du PACS et du système de dictée numérique en vue d'un démarrage en 2008-2009	Travaux de planification réalisés avec le RUIS McGill et l'équipe DSQ Engagement de tous les CSSS de la région	Déploiement PACS régional 6/6 Dictée numérique régionale 5/5	PACS : 6/6 Dictée numérique : 5/5
Activités visant la planification du DSQ réalisées	Résolution du conseil d'administration de l'Agence confirmant son adhésion au projet DSQ Qualification de la région	Réalisation de la phase de planification du DSQ	Phase planification : - Réalisation du manuel de gestion de projet (v. 1.0) - Création des comités de gestion de projet, nomination des chargés locaux et comité directeur - Coordination des travaux préalables - Planification des ententes
Nombre de GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	2/4	4/5	3/5
Activités visant la mise en place d'un service d'Index patient maître (IPM) par CSSS	En respect des échéanciers du MSSS	En respect des échéanciers du MSSS	Participation aux comités nationaux. Formation des archivistes de tous les CSSS. Envoi des formulaires d'inscription à la RAMQ. Création du comité directeur régional IPM
Nombre d'urgences ayant implanté un Système d'information de gestion dans les urgences (SIGDU)	5/6	6/6	6/6

Indicateurs	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Rédaction de l'analyse des risques et du plan directeur visant la mise en application du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité	En attente du logiciel SAGES pour compléter les étapes 4 (analyse de risques) et 5 (plan directeur)	Analyse de risques et plan directeur en sécurité à réaliser pour tous les établissements	Formation régionale à l'automne 2008 afin d'outiller tous les établissements à la démarche de catégorisation, d'analyse de risques et de rédaction du plan directeur en sécurité Tous les établissements et l'Agence (11/11) ont participé à la démarche et amorcé des travaux en ce sens
Nombre de sites ayant complété le déploiement dans le cadre de la Modernisation RTSS (Multi Protocole label Services (MPLS))	En respect avec le calendrier du Groupe de télé-communicateurs du Québec (GTQ)	Tous les sites complétés au 31 mars 2009	La modernisation MPLS a été complétée en région dans les délais avec le GTQ. La région est prête pour la migration RITM en 2009-2010.
Formulaires d'attestation de conformité complétés dans le contexte de la modernisation RTSS (Multi Protocol Label Services (MPLS))	9/11	Tous les formulaires complétés au 31 mars 2009	11/11 formulaires complétés
Nombre d'audits des salles de télécommunications effectués afin de moderniser le RTSS (MPLS)	11/11	Tous les audits complétés au 31 mars 2009	La correction des non-conformités sera auditée par le TCR dans chaque site lors de la migration RITM en 2009-2010
Nombre d'établissements et Agence ayant déployé le système informatisé de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO)	-	11/11	11/11
Nombre d'établissements et Agence ayant transmis l'inventaire des postes informatiques et le plan triennal de maintien d'actifs informationnels	-	11/11	11/11

Commentaires

L'année 2008-2009 a été particulièrement intense en Abitibi-Témiscamingue quant aux projets technologiques. L'un des principaux faits saillants de l'année est sans contredit la mise en opération de l'infrastructure d'imagerie diagnostique numérique PACS, de concert avec la réalisation d'un projet de dictée numérique dans les CSSS de la région. Ces investissements contribuent à la modernisation de notre offre de service en matière de radiologie et place la région en excellente position afin d'alimenter le Dossier de santé du Québec sur le plan de l'imagerie.

Afin de soutenir la planification et la réalisation du DSQ et des différents projets qui lui sont associés, l'Agence a formé un groupe mandataire et nommé un chef de projet régional responsable de la planification du projet. Les travaux de planification, entrepris en mai 2008, auront notamment permis la réalisation d'une première version de notre manuel d'organisation de projet régional DSQ. Chacun des établissements a été invité à nommer un chargé de projet afin d'accompagner la démarche locale. Finalement, une structure de gouvernance régionale a été établie afin d'assurer une prise en charge des travaux par tous les partenaires du réseau. L'année 2009-2010 permettra de détailler la phase de planification et d'entreprendre la réalisation des travaux préalables à la venue du DSQ en région.

Le système régional de requêtes-résultats MédiRésult a été déployé au GMF Les Eskers de l'Abitibi en 2008-2009 sur un seul poste afin d'en tester le fonctionnement. L'installation devrait être complétée en 2009-2010 sur l'ensemble des postes de ce GMF. Le déploiement de MédiRésult au GMF de la Vallée-de-l'Or est prévu en 2009-2010, en collaboration avec le CSSS. Le GMF de Rouyn-Noranda ajouté depuis 2007-2008 aura également accès aux données de laboratoire dans un avenir rapproché. En 2008-2009, de nouvelles orientations concernant l'informatisation des GMF ont été décrétées par le MSSS. Un nouveau cadre de gestion viendra redéfinir en 2009-2010 les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués pour l'informatisation des cliniques médicales formant un GMF.

En ce qui concerne le projet IPM, des travaux se sont déroulés de concert avec le chef de projet régional du DSQ afin de réaliser un cadre de gestion de projet harmonisé ainsi qu'un manuel d'organisation de projet précisant les grandes étapes de planification. Par ailleurs, l'implication du chef de projet et de l'archiviste régionale IPM auront permis la participation de la région aux comités de l'IPM nationaux ainsi que l'organisation de sessions de formation auprès des archivistes de la région au printemps 2009. Finalement, un comité directeur régional a été formé et chaque CSSS a confirmé la participation d'un chargé de projet local.

En matière de sécurité des actifs informationnels, l'Agence a organisé, à l'automne 2008, une session de formation intensive concernant la démarche de catégorisation des actifs, l'analyse de risques ainsi que la préparation d'un plan directeur en sécurité. Tous les établissements de la région ont participé à cette activité de trois jours qui leur permettait de se familiariser avec les outils proposés par le formateur national. Des travaux ont été entrepris par tous les établissements en matière de sécurité. Une offre régionale d'accompagnement devrait aider à accélérer les travaux de rédaction de l'analyse de risques et du plan directeur à compter de 2009-2010, puisqu'il s'agit d'une contrainte importante pour plusieurs établissements.

Le réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) se prépare à une nouvelle phase de modernisation à la suite de l'adjudication d'un nouveau contrat national. Ainsi, les orientations ont été suivies en région, tous les audits ont été menés avec diligence et les établissements ont massivement apporté les correctifs requis afin de se conformer aux normes de raccordement au RTSS. En 2009-2010, le Technocentre régional procédera à une nouvelle série d'audits lors des travaux de déploiement du réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM), ce qui permettra de nous assurer que tous les prérequis en matière de conformité des salles de télécommunications sont rencontrés dans chaque point de service.

Un nouvel entrepôt de données a été déployé en 2008-2009 afin de recueillir les données de tous les établissements de la région, et ce, dans le but d'améliorer la planification de la main-d'œuvre sur le plan local, régional, national. Le projet GPMO aura permis la mise en place du module PMO-PPE de Logibec sur le plan régional, relié directement aux applications de gestion des ressources humaines de tous les établissements de la région.

Les établissements de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue bénéficient depuis 2008-2009 d'un financement visant à assurer la mise à niveau régulière de leur parc informatique. Le cadre de gestion du maintien d'actifs informationnels exigeait la production d'un inventaire actualisé de tous les postes de travail (PC et ordinateurs portables) ainsi que la préparation d'un plan triennal de remplacement de ces actifs. Tous les établissements ont transmis ces informations avant le 31 mars 2009. Une démarche d'acquisition a été pilotée par l'Agence afin de proposer un gabarit d'appel d'offres à l'ensemble des établissements, d'identifier les critères minimaux requis, à inclure dans les contrats, et de recommander une démarche d'achats regroupés en collaboration avec le Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscamingue (GAAT).

Gestion des bâtiments et des équipements

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière

Attente administrative

Objectif de résultats

Préparer et déposer un Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière(PCFI) pour 2008-2009.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Dépôt des PCFI des dix établissements de la région	100 %	100 %	100 %

Commentaires

L'Agence a reçu et analysé tous les PCFI des établissements. Les avis de conformité ont été émis aux établissements.

La région a reçu un budget de 8 684 559 $ en maintien des actifs, de 3 066 952 $ en rénovation fonctionnelle excluant le volet CHSLD et de 1 300 000 $ en rénovation fonctionnelle en CHSLD.

Programmes fonctionnels et techniques

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Analyser et recommander les programmes fonctionnels et techniques (PFT) des établissements concernés.

Indicateur	*Résultats 2007-2008*	*Cibles 2008-2009*	*Résultats 2008-2009*
Analyses et recommandations réalisées	Suivi des processus réalisés	Suivi des processus réalisés	Suivi des processus réalisés

Commentaires

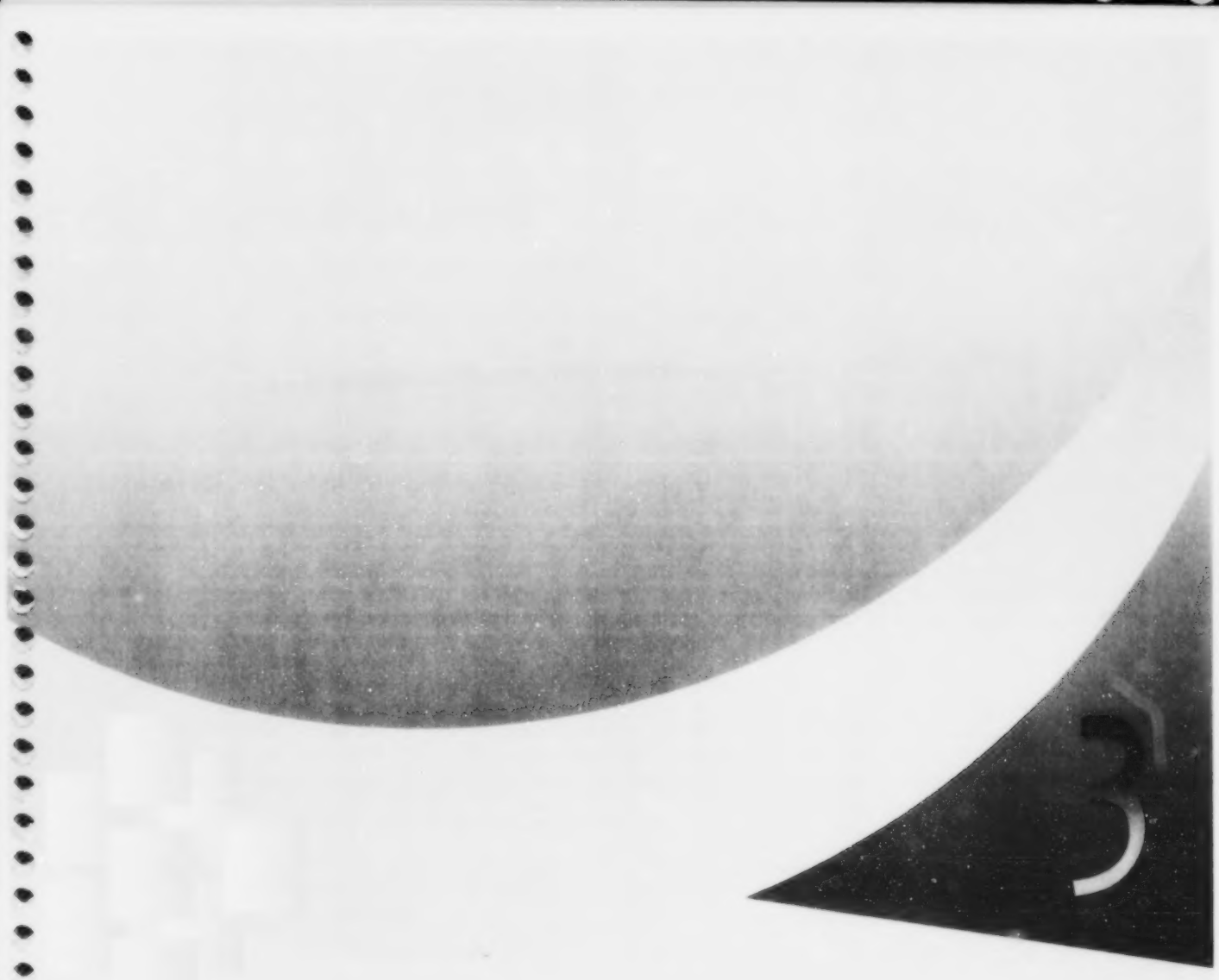
PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CH site de Malartic : Le chantier a débuté au printemps 2008. Les travaux rencontrent les échéanciers planifiés, il est prévu que le chantier soit terminé en décembre 2009.

PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or, mission CHSLD site de Malartic : Le projet d'échange de bâtiment entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et la compagnie minière Osisko avance à grands pas. Le projet de promesse d'échange, pour lequel la signature est nécessaire afin de débuter les travaux, sera signé par les parties en cause au printemps 2009. Le chantier devrait débuter en mai 2009.

PFT du CSSS du Lac-Témiscamingue : Le PFT a été déposé à l'Agence en mars 2009. L'Agence prévoit en finaliser l'analyse et transmettre le document au MSSS en juin 2009.

PFT du CSSS des Aurores-Boréales : Après analyse du projet déposé par la Corporation d'hébergement du Québec, il a été convenu par les différents intervenants de présenter un nouveau concept architectural. Une nouvelle proposition d'aménagement sera transmise à l'Agence à l'automne 2009.

PFT du CSSS des Eskers de l'Abitibi : Le 3 octobre 2008, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi recevait l'autorisation du MSSS de procéder à l'élaboration d'un PFT en ce qui concerne le réaménagement du secteur de l'urgence. Le PFT devrait être remis à l'Agence à l'hiver 2010.



Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

3

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS

L'Agence a subventionné, en 2008-2009, un total de 157 organismes communautaires dans le cadre du PSOC. De ce nombre, 130 organismes communautaires oeuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 9 850 955 $, soit une augmentation de 665 936 $ par rapport à 2007-2008.

Les principaux ajouts concernent une somme récurrente d'indexation totalisant 162 658 $ ainsi que la consolidation de 35 organismes communautaires grâce à une somme récurrente de 193 528 $ en 2008-2009, annualisée à 377 056 $ en 2009-2010, octroyée au PSOC à partir des nouveaux crédits de développement accordés à la région. S'ajoute à ces montants la somme de 222 137 $ octroyée aux neuf ressources venant en aide aux femmes victimes de violence.

Au cours de l'année 2008-2009, l'Agence a attribué un premier financement à quatre organismes pour une somme totale et récurrente de 8 000 $ en 2008-2009, annualisée à 11 000 $ en 2009-2010.

L'Agence a également investi un total de 1 275 262 $ pour la réalisation d'ententes pour des activités spécifiques et de 938 034 $ pour la réalisation de projets ponctuels.

En plus d'assurer le suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès de ces derniers se résument comme suit :

- Évaluation de la réponse des organismes communautaires en regard des activités offertes à la population et du soutien budgétaire accordé.
- Création de liens significatifs avec les établissements.
- Poursuite des mécanismes de concertation mis en place avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux.

Comité de partenariat

Le comité de partenariat s'est réuni à quatre reprises en 2008-2009.

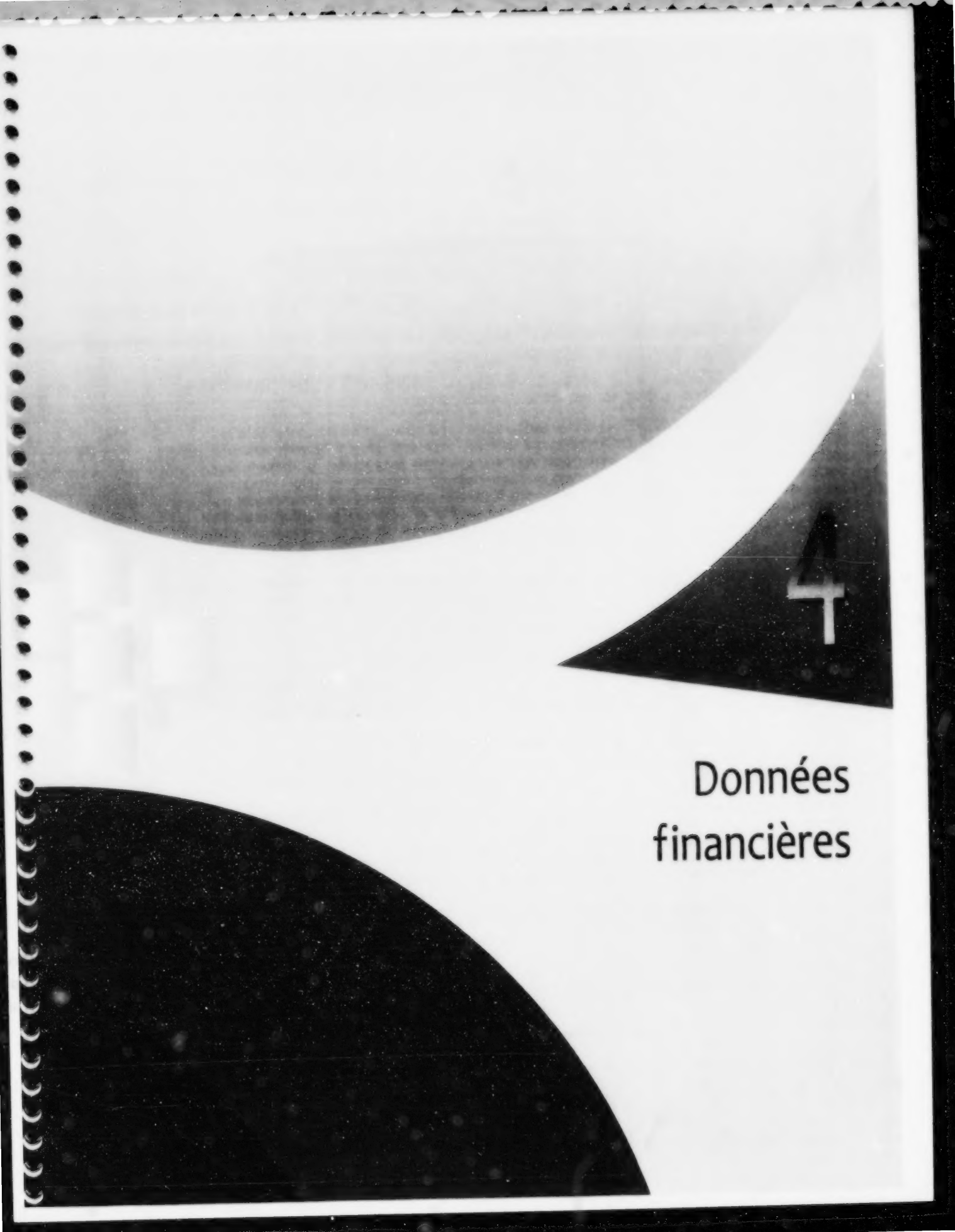
Les travaux du comité ont porté en bonne partie sur le cadre de référence et de collaboration afin d'en terminer la rédaction et pouvoir l'adopter en juin 2009.

Par ailleurs, une tournée régionale d'information sur la reddition de comptes liée au financement de la mission globale a été effectuée sur tout le territoire.

Comme par les années précédentes, le bottin des organismes communautaires a été mis à jour et diffusé largement dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région.

Économie sociale

L'Agence a maintenu ses liens avec les entreprises d'économie sociale de la région. Les modifications apportées au Programme d'exonération financière en aide domestique sont toujours en implantation. L'Agence a donc poursuivi son rôle de transmission d'informations.



Données financières

Données financières 4

Situation financière de l'Agence

Rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,

Lise St-Amour

La directrice des ressources financières et matérielles,

Marie-Lyne Blier, cma

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
15P, rue Monseigneur-Tessier Ouest
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2S6

Téléphone: (819) 762-1714
Télécopieur: (819) 762-3306
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2009 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 29 mai 2009. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Notre responsabilité, en conformité avec la note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA), consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Rouyn-Noranda, le 29 mai 2009

[1] Comptable agréé auditeur permis nº 8234

Tableau 20
Fonds d'exploitation
État des résultats
Exercice terminé le
31 mars 2009

		Activités principales		Activités accessoires	
		2008-2009 $	2007-2008 $	2008-2009 $	2007-2008 $
PRODUITS					
Subvention du MSSS					
Budget signifié	01	6 694 228		117 929	
(Diminution) ou augmentation du financement (préciser) **(note 2-01)**	02	343 736			
Variation des revenus reportés - MSSS (préciser) **(note 2-02)**	03	(11 097)		(4 794)	
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	(5 743)			
Total (L.01 à L.04)	05	7 021 124		113 135	
Revenus d'intérêts	06	11 694		11 474	
Revenus commerciaux	07	xxxx		xxxx	
Revenus d'autres sources					
Recouvrements	08	96 655			
Ventes de services	09	131 362			
Subventions du gouvernement fédéral	10				
Autres subventions (préciser) **(note 2-03)**	11	99 628			
Autres revenus (préciser) **(note 2-04)**	12	10 756			
Total des produits (L.05 à L.12)	13	7 371 218		124 609	
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	3 843 766			
Avantages sociaux	15	958 483			
Charges sociales (C.1 : P291, précision 3)	16	521 423			
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA (act. princ.)	17	379 176		645	
Services achetés (C.1 : P291, précision 4)	18	413 754		112 490	
Communications	19	243 656			
Loyer	20	278 519			
Location d'équipement	21	53 524			
Fournitures de bureau	22	59 939			
Transfert à des établissements (préciser)	23			xxxx	
Autres frais (préciser) **(note 2-05)**	24	210 720			
Charges non réparties	25	229 470			
Transfert de frais généraux (préciser) **(note 2-06)**	26	(27 014)			
Charges extraordinaires	27	xxxx		xxxx	
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	7 165 416		113 135	
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	205 802		11 474	

À titre informatif seulement : Contributions (+/-)

En provenance de l'avoir propre (+)(préciser)	30		
En provenance de fonds affectés (+)(préciser)	31		xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)(préciser)	32		xxxx
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	33		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(43 756)	
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610)(-)	35	xxxx	xxxx
Affectées à d'autres fonds (-)(préciser)	36		
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	162 046	11 474

Note Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009

Tableau 21
Fonds des activités régionalisées
État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2009

		2008-2009 $	2007-2008 $
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	584 457	
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	02	(3 935)	
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	03	1 153	
Contributions des établissements	04	1 202 671	
Revenus d'intérêts	05	31 525	
Revenus d'autres sources :			
Recouvrements	06	36 232	
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	722 265	
Total des produits (L.01 à L.09)	10	2 574 368	
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	344 009	
Avantages sociaux	12	85 675	
Charges sociales	13	50 343	
Frais de déplacement et d'inscription	14	107 933	
Services achetés	15	1 017 703	
Communications	16	34 696	
Loyer	17	6 861	
Location d'équipement	18	3 262	
Fournitures de bureau	19	19 950	
Créances douteuses	20		
Autres frais	21	458 870	
Transfert de frais généraux	22	27 014	
Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	23	5 530	
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	2 161 846	
EXCÉDENT (DÉFICIT)(L.10 – L.24)	25	412 522	

À titre informatif seulement : Contributions

En provenance du fonds d'exploitation (+)	26	
En provenance de fonds affectés (+)	27	55 145
Affectées au fonds d'exploitation (-)	28	
Affectées à des fonds affectés (-)	29	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	30	(312 395)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.25 à L.30)	31	155 272

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 22
Fonds d'exploitation
État des soldes de fonds
Exercice terminé le 31 mars 2009

		Reports 1	Activités principales $ 2	Avoir propre $ 3	Total (C.2 + C.3) $ 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		84 790	364 538	449 328
Additions (déductions)					
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Excédent (déficit) de l'exercice	02	205 802	xxxx	xxxx	xxxx
Transferts interfonds (provenance) :					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	03	0	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions de fonds affectés (+)	04	0	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	05	0	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions du fonds de stationnement (+)	06	0	xxxx	xxxx	xxxx
Transferts interfonds (affectations) :					
Contributions du fonds d'immobilisations (-)	07	(43 756)	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions à d'autres fonds (-)	08	0	xxxx	xxxx	xxxx
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	162 046	162 046	0	162 046
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice	10		xxxx	11 474	11 474
Transferts interfonds (provenance) :					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	11		xxxx	0	0
Contributions du fonds de stationnement (+)	12		xxxx	0	0
Transferts interfonds (affectations) :					
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	13		xxxx	0	0
Contributions du fonds de stationnement (c-a 8610)(-)	14		xxxx	0	0
Contributions à d'autres fonds (-)	15			0	0
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16		xxxx	11 474	11 474
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre (préciser)	17				0
Libération de surplus	18		(94 110)	94 110	0
Récupération de surplus	19				0
Autres additions (déductions)(préciser)	20				0
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21		67 936	105 584	173 520
Réforme comptable - redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS :	22		xxxx	xxxx	xxxx
Autres redressements (préciser)	23		xxxx		0
Réforme comptable - redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'agence :					
Autres charges salariales à payer	24		xxxx	(37 280)	(37 280)
Autres redressements (préciser)	25		xxxx		0
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22 à L.25)	26		152 726	432 842	585 568

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 23
Fonds d'exploitation
Fonds des activités régionalisées
Bilan au
31 mars 2009

ACTIF		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008
		1	2	3	4
À court terme					
Encaisse	01	928 653		1 221 228	
Débiteurs :					
MSSS (C.1 : P.290, précision1)	02	326 047		590 882	
Établissements (préciser)	03	314		30 829	
Fonds d'exploitation	04	xxxx		xxxx	
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	05	xxxx		xxxx	
Fonds affectés (C.1 : préciser)	06				
Autres (préciser) **(note 2-09)**	07	197 667			
Intérêts courrus	08	969		1 372	
Taxes à recevoir	09	28 798		47 951	
Charges payées d'avance	10	71 412		54 642	
Autres éléments (C.1 : préciser)	11				
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	1 553 860		1 946 904	
Subvention à recevoir - réforme comptable	13	626 424		39 355	
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser)	14				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	2 180 284		1 986 259	
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	16			31 296	
Créditeurs :					
MSSS (C.1 : P.290, précision 2)	17	8 930			
Établissements (préciser)	18	17 835		112 302	
Fonds d'exploitation	19	xxxx		xxxx	
Fonds des activités régionalisées (C.1 : préciser)	20	xxxx		xxxx	
Fonds affectés (C.1 : préciser)	21				
Autres charges salariales à payer	22	34 964		5 241	
Autres (préciser) **(note 2-10)**	23	522 012		282 561	
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	24	xxxx		xxxx	
Autres revenus reportés (C.1 : préciser) **(note 2-11)**	25	384 551		397 778	
Provision pour vacances, congés de maladie et fériés	26	626 424		43 732	
Autres éléments (C.1 : préciser)	27				
Total - Passif à court terme (L.16 à L.27)	28	1 594 716		872 910	
À long terme (C.1 : préciser)	29				
TOTAL DU PASSIF (L.28 + L.29)	30	1 594 716		872 910	
SOLDE DE FONDS	31	585 568		1 113 349	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	2 180 284		1 986 259	

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 24
Fonds d'immobilisations
Bilan au
31 mars 2009

		2008-2009 $ 1	2007-2008 $ 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Débiteur MSSS	02	2 168	
Autres éléments (préciser)	03		
À long terme			
Immobilisations (préciser) **(note 2-12)**	04	1 551 394	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – écart de financement – réforme comptable	05	(770 933)	
Autres éléments d'actif (préciser) **(note 2-13)**	06	2 016	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.06)	07	784 645	
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	08		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	09	70 242	
Intérêts courus à payer : Financement Québec	10	1 459	
Corporation d'hébergement du Québec	11	709	
Autres	12		
Avance de fonds en provenance des fonds affectés des immobilisations et des équipements – enveloppes décentralisées	13	54 739	
Autres éléments (préciser)	14		
À long terme			
Revenus reportés	15		
Dette à long terme	16	603 602	
Financement temporaire CHQ – enveloppes décentralisées	17	53 894	
TOTAL DU PASSIF (L.08 À L.17)	18	784 645	
SOLDE DE FONDS	19		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	784 645	

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 25
Fonds affectés cumulés
Bilan au
31 mars 2009

ACTIF		2008-2009 $ 1	2007-2008 $ 2
À court terme			
Encaisse	01	2 335 597	
Avances de fonds aux établissements publics	02	10 720 476	
Avances de fonds au fonds d'immobilisations	03	54 739	
Débiteurs :			
MSSS	04	524 959	
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	05		
Établissements	06	2 077	
Fonds d'exploitation	07		
Fonds des activités régionalisées	08		
Taxes à recevoir	09	18 052	
Autres	10	30 716	
Intérêts courus à recevoir	11	2 814	
Placements temporaires	12		
Charges payées d'avance	13	85 403	
Autres éléments	14		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.14)	15	13 774 833	
À long terme			
Subvention à recevoir – provision vacances, congés maladie et fériés		21 538	
Placements à long terme	17		
Subvention à recevoir – réforme comptable – enveloppes décentralisées	18	29 808 049	
TOTAL DE L'ACTIF (L.15 + L.18)	19	43 604 420	
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	20	35 104	
Emprunt de banque	21	10 815 169	
	22	xxxx	
Intérêts courus à payer :			
Corporation d'hébergement du Québec	23	5 814	
Financement Québec	24	245 920	
Société d'habitation du Québec	25		
Autres	26		
Créditeurs et charges à payer :			
Établissements	27	8 588	
Organismes	28		
Fonds d'exploitation	29		
Fonds des activités régionalisées	30		
Autres charges salariales à payer	31	2 147	
Autres	32	206 664	
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	33	164 356	
Autres revenus reportés	34		
Provision pour vacances, congés maladies et fériés	35	22 663	
Autres éléments	36		
Total - Passif à court terme (L.20 à L.36)	37	11 506 425	
Dette à long terme – Enveloppes décentralisées	38	29 808 049	
TOTAL DU PASSIF (L.37 + L.38)	39	41 314 474	
SOLDE DE FONDS	40	2 289 946	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.39 + L.40)	41	43 604 420	

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 262 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 26
Fonds affectés cumulés
État des résultats au 31 mars 2009

		2008-2009 $ 1	2007-2008 $ 2
PRODUITS			
MSSS	01	13 018 074	
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	543 493	
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	04	(142 653)	
Subvention MSSS pour :			
le remboursement de la dette-capital	05	75 058	
le remboursement de la dette-intérêt	06	1 763 416	
Ajustement de la subvention à recevoir - réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés maladie et fériés	07		
Revenus de placements	08	63 370	
Autres revenus :			
Subvention du gouvernement fédéral	09	5 000	
Autres subventions	10		
Autres	11	2 235 231	
Total des produits (L.01 à L.11)	12	17 560 989	
CHARGES			
Établissements	13	269 579	
Organismes	14	2 500	
Intérêts sur emprunts :			
Corporation d'hébergement du Québec	15	775 719	
Financement Québec	16	987 755	
Société d'habitation du Québec	17		
Autres	18		
Variation des la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	19		
Charges d'exploitation :			
Salaires	20	103 771	
Avantages sociaux	21	18 714	
Charges sociales	22	14 761	
Frais de déplacement et d'inscription	23	76 687	
Services achetés	24	101 996	
Location d'équipement	25	756	
Fournitures de bureau	26	3 852	
Autres charges d'exploitation	27	163 094	
Autres charges	28	14 161 390	
Total des charges (L.13 à L.28)	29	16 680 574	
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.29)	30	880 415	

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 27
Fonds affectés cumulés
État des soldes de fonds au 31 mars 2009

		2008-2009 $ 1	2007-2008 $ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 808 359	
Additions (déductions)			
Excédent (déficit) de l'exercice	02	880 415	
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (afffectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions aufonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(86 510)	
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	(55 145)	
Autres additions (déductions)	11	(5 601)	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	733 159	
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS (préciser)	13	(33 303 860)	
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'agence :			
Autres charges salariales à payer **(note 2-14)**	14		
Autres redressements	15	324 657	
Écart de financement – réforme comptable – enveloppes décentralisées	16	31 727 631	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 À L.16)	17	2 289 946	

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 263 -1du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 28
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2008-2009

		2008-2009 $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2008-2009 inscrit dans le système SBF-R	01	339 987 373
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	309 506 970
Allocations aux organismes communautaires	03	11 750 089
Allocation à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	112 500
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L.02 à L.04)**	05	321 369 559
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	13 358 245
Autres (préciser) **(note 2-15)**	07	7 800
TOTAL (L.05 À L.07)	08	334 735 604
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 – L.08)	09	5 251 769
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) **(note 2-16)**	10	4 688 563
Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) **(note 2-17)**	12	551 613
Comptes à payer non signifiés	13	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	5 240 176
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	11 593
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 – L.14 – L.15)	16	

Information additionnelle

Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R (préciser page 292)	17	
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17 (préciser page 292)	18	

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 29
Fonds affectés -
Sommaire des bilans
au 31 mars 2009

	Fonds des immobilisations $	Fonds des équipements $	Services préhospitaliers d'urgence $	Autres fonds affectés $
ACTIF				
À court terme				
Encaisse			473 031	1 862 566
Avances de fonds aux établissements publics	7 750 547	2 969 929		
Avances de fonds au fonds d'immobilisation		54 739		
Débiteurs :				
MSSS	75 058	251 734	5 189	192 978
Établissements				2 077
Fonds d'exploitation				
Taxes à recevoir			5 720	12 332
Autres			18 569	12 147
Intérêts courus à recevoir			563	2 251
Charges payées d'avance				85 403
Autres éléments				
TOTAL - Actif à court terme	7 825 605	3 276 402	503 072	2 169 754
À long terme				
Subventions à recevoir - provision vacances, congés maladie, fériés			20 527	1 011
Subventions à recevoir - réforme comptable - enveloppes décentralisées		29 808 049		
TOTAL DE L'ACTIF	7 825 605	33 084 451	523 599	2 170 765
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	27 530	7 574		
Emprunts de banque	7 798 075	3 017 094		
Intérêts courus à payer		251 734		
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements				8 588
Organismes				
Fonds d'exploitation				
Fonds des activités régionalisées				
Autres fonds affectés				
Autres charges salariales à payer			1 401	746
Autres			91 907	114 757
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux				164 356
Autres revenus reportés				
Provision pour vacances, congés maladie, fériés			21 652	1 011
Autres éléments				
Total - Passif à court terme	7 825 605	3 276 402	114 960	289 458
Dette à long terme - enveloppes décentralisées		29 808 049		
TOTAL DU PASSIF	7 825 605	33 084 451	114 960	289 458
SOLDE DE FONDS			408 639	1 881 307
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	7 825 605	33 084 451	523 599	2 170 765

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 30
Fonds affectés – Sommaire des résultats au 31 mars 2009

	Fonds des immobilisations $	Fonds des équipements $	Services préhospitaliers d'urgence $	Autres fonds affectés $
PRODUITS				
MSSS			9 906 741	3 111 333
Crédits régionaux				543 493
Variation des revenus reportés – MSSS et Crédits régionaux				(142 653)
Subvention MSSS pour :				
le remboursement de la dette-capital	75 058			
le remboursement de la dette-intérêts		1 763 416		
Ajustement de la subvention à recevoir – réforme comptable				
Revenus de placements			19 124	44 246
Autres revenus :				
Subvention du gouvernement fédéral				5 000
Autres subventions				
Autres			2 030 998	204 233
TOTAL DES PRODUITS	75 058	1 763 416	11 956 863	3 765 652
CHARGES				
Établissements				269 579
Organismes				2 500
Intérêts sur emprunts	58	1 763 416		
Variation prov. pour vacances, congés de maladie, fériés				
Charges d'exploitation :				
Salaires			103 771	
Avantages sociaux			18 714	
Charges sociales			14 761	
Frais de déplacement et d'inscription			3 235	73 452
Services achetés				101 996
Location d'équipement				756
Fournitures de bureau			3 762	90
Autres charges d'exploitation			3 097	159 997
Autres charges	75 000		11 660 414	2 425 976
TOTAL DES CHARGES	75 058	1 763 416	11 807 754	3 034 346
EXCÉDENT (DÉFICIT)	0	0	149 109	731 306

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Tableau 31
Fonds affectés - Sommaire des soldes de fonds au 31 mars 2009

	Fonds des immobilisations $	Fonds des équipements $	Services préhospitaliers d'urgence $	Autres fonds affectés $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	340 988	910 584	350 859	1 205 928
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice			149 109	731 306
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions du fonds d'exploitation (+)				
Contributions des activités régionalisées (+)				
Contribution de fonds affectés (+)				
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'exploitation (-)				
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)				
Contributions à d'autres fonds affectés (-)				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)			(86 510)	
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)				(55 145)
Autres additions (déductions)			(4 819)	(782)
Variations de l'exercice	0	0	57 780	675 379
Réforme comptable - redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS	(340 987)	(32 962 873)		
Réforme comptable - redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'agence :				
Autres charges salariales à payer				
Autres redressements	(1)	324 658		
Écart de financement - réforme comptable - enveloppes décentralisées		31 727 631		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	0	0	408 639	1 881 307

Note : Compte tenu de la réforme comptable appliquée à partir de 2008-2009, les données comparatives ne sont pas requises.

Données extraites des pages 510 à 532 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2008-2009.

Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2009

1. Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

2. Modification de conventions comptables

Au cours de l'exercice, l'Agence a adopté l'ensemble des recommandations du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA) au secteur public. Les modifications principales sont les suivantes :

- Utilisation de la comptabilité d'exercice pour les intérêts de la dette à long terme, les vacances, les congés de maladie, les congés mobiles et tout autre élément salarial
- Amortissement des immobilisations
- Amortissement des revenus reportés afférents aux immobilisations selon la même durée que les immobilisations correspondantes
- Comptabilisation des dons, legs, subventions et autres formes de contributions sans condition rattachée, aux résultats des fonds correspondants
- Ajustements des revenus et dépenses des exercices antérieurs aux résultats de l'exercice courant sauf dans le cas d'une correction d'erreur importante ou d'une modification de convention comptable
- Présentation d'un état des résultats pour chacun des fonds
- Comptabilisation des transferts entre les différents fonds à l'état des soldes de fonds
- Comptabilisation des soldes de fonds répondant aux exigences du chapitre SP 3100 « Actifs et revenus affectés » comme revenus reportés

Cette modification de conventions comptables a été appliquée rétroactivement sans retraitement des états financiers de l'exercice antérieur. Par conséquent, les ajustements suivants ont été apportés en date du 1er avril 2008 :

Fonds d'exploitation
- Augmentation des frais payés d'avance de 3 166 $
- Augmentation des autres créditeurs de 672 612 $
- Augmentation de la subvention à recevoir - réforme comptable de 632 167 $
- Diminution du solde de fonds de 37 280 $

Fonds d'immobilisations
- Inscription de l'amortissement cumulé de 2 318 979 $
- Augmentation de la subvention perçue d'avance - réforme comptable de 508 470 $
- Diminution du solde de fonds de 3 152 109 $

3. Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les agences relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada sont les suivantes :

i) La fraction de la dette à long terme échéant à moins d'un an n'est pas présentée à court terme.

ii) Le rapport financier annuel ne comprend pas d'état des flux de trésorerie.

iii) L'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires.

iv) L'état des résultats des différents fonds n'est pas présenté de façon comparative.

v) Les modifications comptables sont appliquées rétroactivement sans retraitement des chiffres comparatifs.

vi) L'information relative au coût de stocks passé en charges et d'autres informations relatives aux stocks exigées en vertu du chapitre 3031 - Stocks du Manuel de l'ICCA ne sont pas présentées dans les états financiers.

vii) L'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 - Information à fournir concernant le capital du Manuel de ICCA n'est pas présentée dans les états financiers.

4. Conventions comptables

Estimations comptables
Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'organisme pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice
La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public par l'ICCA.

Comptabilité par fonds
Les agences suivent les principes comptables de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les contributions au fonds d'immobilisations.
- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court terme et à long terme à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant.

4. Conventions comptables (suite)

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

De plus, d'autres fonds peuvent à l'occasion se retrouver dans certaines agences. Ceux-ci peuvent comprendre :

- Le fonds de dotation : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions versées sous condition expresse de doter l'Agence d'un capital qui doit être préservé pour une durée déterminée ou indéterminée. Les revenus provenant du capital et le capital, dans le cas d'un capital à durée déterminée, pourront être utilisés. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses sont assumées par le fonds consolidé du revenu;
- Le fonds à destination spéciale : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions faites à l'Agence à des fins particulières. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu;
- Le fonds en fiducie : fonds constitué de sommes appartenant à des tierces personnes, dont l'Agence assume l'administration au bénéfice exclusif des propriétaires de ces sommes;
- Le fonds de stationnement : fonds constitué des revenus nets des parcs de stationnement exploités par l'Agence. La constitution et l'usage des sommes de ce fonds sont soumis à des règles précisément définies.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités
La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans les limites de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

4. Conventions comptables (suite)

- Activités principales
  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- Activités accessoires
  Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.
  Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des Agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités
En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Constatation des revenus
L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'organisme reçoit les immobilisations et virée aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu et sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Autres revenus
Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

4. Conventions comptables (suite)

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Stocks
Les stocks sont évalués au coût et au coût de remplacement, selon le moins élevé des deux. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Immobilisations
Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Équipements médicaux (agence)	12 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans

Frais reportés
Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre
L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

4. Conventions comptables (suite)

Les principes énoncés ci-dessus s'appliquent aux fonds affectés des immobilisations et des équipements à l'égard des emprunts contractés au 1er avril 2000 concernant les enveloppes décentralisées (voir circulaire, codifiée 03-02-30-01).

5. Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2009	2008
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	43 476 $	103 195 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	312 395 $	164 075 $
Produit de disposition d'immobilisations		
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	86 510 $	89 854 $

6. Emprunt bancaire – enveloppes décentralisées d'immobilisation et d'équipements

L'Agence est autorisée a emprunter sous forme d'emprunts temporaires afin de pourvoir aux paiements des dépenses effectuées par les établissements publics dans le cadre des enveloppes décentralisées. L'agence dispose d'autorisations d'emprunts pour des montants totalisant 33 598 270 $ dont un montant de 10 815 168 $ était utilisé au 31 mars 2009.

Pour réaliser ces emprunts temporaires, l'Agence dispose d'une marge de crédit d'appoint autorisée de 100 000 $ portant intérêt au taux préférentiel du prêteur moins 1,1 % (1,4 %) afin de financer la portion de l'encours des emprunts inférieure à 100 000 $.

De plus, l'Agence dispose d'autorisations d'emprunts à court terme par voie d'acceptations bancaires. Ces emprunts portent intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % (0,95 % au 31 mars 2009) afin de financer la portion de l'encours des emprunts excédant 100 000 $.

7. Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec. La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer certaines immobilisations acquises par l'Agence.

7. Dette à long terme (suite)

	2009	2008
Marge de crédit d'un montant autorisé qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois plus 0,3 % (0,95%; 3,91% en 2008)	53 894 $	638 422 $
Marge de crédit d'un montant autorisé de 36 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois plus 0,3 % (0,95 %; 3,91 % en 2008), venant à échéance le 31 mars 2023	3 188 807 $	3 084 225 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 3,2079 % et 9,82 %, payable semestriellement et échéant à différentes dates jusqu'au 31 mars 2023	27 293 086 $	28 968 065 $
	30 535 787 $	32 690 712 $
Tranche échéant à moins d'un an	11 154 113	2 078 272
	19 381 674 $	30 612 440 $

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2010	11 154 113 $
2011	3 054 738
2012	6 489 190
2013	921 492
2014	1 351 827
	22 971 360 $

8. Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 31 mars 2009, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 10,54 %.

9. Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 17 avril 2013 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2009 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 338 464 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2010	337 391 $
2011	337 391
2012	55 464
2013	46 778
	777 024 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2010	915 000 $
2011	760 000
2012	720 000
2013	670 000
2014	572 500
	3 637 500 $

10. Engagements budgétaires

Engagements au niveau des fonds affectés et des activités régionalisées

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2009. Voici le détail par fonds de ces montants :

10. Engagements budgétaires (suite)

Budget 76 - Priorités régionales :	
Composante 03 - Services ultraspécialisés	
. Plan de modernisation des laboratoires	
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	13 990 $
. Projets RIS en radiologie	
- CSSS des Aurores-Boréales	10 737
. Projets	
- CSSS des Aurores-Boréales	6 498
	31 225 $
Activités régionalisées - budget 7909 - Programme régional en santé publique	
- CSSS de la Vallée-de-l'Or (équipements dentaires portatifs)	9 093
Activités régionalisées - budget 7910-01 - Technocentre régional	
Projets SIGDU :	
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	27 088 $
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa (portion MSSS)	28 422
Projets TD Synergie :	
- CSSS du Lac-Témiscamingue	3 945
- CSSS de Rouyn-Noranda	1 421
- CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	1 877
- CSSS des Aurores-Boréales	1 084
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	5 852
Projets SARDM :	
- CSSS du Lac-Témiscamingue	42 000
- CSSS de Rouyn-Noranda	29 539
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	30 000
- CSSS des Aurores-Boréales	30 000
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	62 377
Projets Dictée numérique :	
- CSSS de Rouyn-Noranda	18 183
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	29 605
- CSSS des Aurores-Boréales	13 516
	324 909 $

11. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles.

Situation financière des *établissements*

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2008-2009 s'est soldé par un déficit régional de 579 875 $. Trois CSSS présentent des déficits : pour deux d'entre eux, le déficit est dû à des dépenses non récurrentes et imprévisibles; quant au dernier, un plan d'équilibre budgétaire est demandé. Les autres établissements de la région démontrent un surplus budgétaire grâce à la vigilance et aux efforts constants des gestionnaires du réseau de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 32
Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2009

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation	
	2008-2009 $	2007-2008 $	2008-2009 $	2007-2008 * $
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	48 870 338	45 659 946	256 097	519 370
CSSS des Aurores-Boréales	40 959 168	38 539 654	25 255	0
CSSS de Rouyn-Noranda	64 347 540	60 588 199	(981 306)	(340 564)
CSSS de la Vallée-de-l'Or	69 439 107	65 549 280	(283 864)	230 665
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	6 132 923	5 590 776	(22 316)	59 840
CSSS du Lac-Témiscamingue	24 261 409	22 508 616	9 373	350 654
SOUS-TOTAL	**254 010 485**	**238 436 471**	**(996 761)**	**819 965**
CRPDI - CRPDP - CRPAT				
CRDI Clair Foyer	17 893 937	16 950 235	31 354	182 936
CR La Maison	10 296 519	9 666 442	89 707	217 156
Centre Normand	2 499 643	2 379 836	70 867	46 152
SOUS-TOTAL	**30 690 099**	**28 996 513**	**191 928**	**446 244**
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	21 951 907	21 064 963	224 958	1 262 419
SOUS-TOTAL	**21 951 907**	**21 064 963**	**224 958**	**1 262 419**
TOTAL RÉGIONAL	**306 652 491**	**288 497 947**	**(579 875)**	**2 528 628**

* Avant l'analyse financière 2008-2009

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

En décembre 2007, des modifications ont été apportés à la Loi sur l'administration financière afin de prévoir, pour les organismes assujettis à l'application du chapitre VIII de cette loi, des modalités d'exercice de leur pouvoir d'emprunter, d'effectuer des placements, de prendre certains engagements financiers et de conclure des produits dérivés.

Le réseau de la santé et des services sociaux est visé par ces nouvelles dispositions. Les modifications sont en vigueur depuis le 15 décembre 2008 alors que celles concernant les engagements financiers le sont depuis le 6 novembre 2008. Le pouvoir d'emprunt des établissements publics est encadré par l'article 296 de la LSSSS, l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et l'article 77.1 sur l'administration financière.

Les ajouts à la loi font en sorte que l'exercice des pouvoirs visés nécessitera dorénavant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de même que celle du ministre des Finances. Il est toutefois prévu, par règlement, certains cas où l'autorisation du ministre des Finances n'est pas requise ou la possibilité pour le ministre de la Santé et des Services sociaux de déléguer à toute personne qu'il désigne le pouvoir de donner les autorisations requises.

Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses d'immobilisation à la charge du fonds d'exploitation, avec des limites clairement définies, l'instance régionale doit obtenir une autorisation ministérielle ad hoc avant d'autoriser un établissement à emprunter.

Tableau 33
Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2009

Nature des dépenses	$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	3 400 000	1,0
Dépenses en immobilisation	3 940 418	1,2
Total régional	7 340 418	2,2

Subventions aux organismes communautaires

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2009

ORGANISMES	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2008-2009 $	2007-2008 $	2008-2009 $	2007-2008 $
ACCÈS LOGIS				
Résidences Témiscaming			11 000	
Table concertation personnes âgées Témis.			18 000	
Sous-total	**0**	**0**	**29 000**	**0**
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Harvey-Bibeau	180 399	168 846	51 100	50 000
Maison du Compagnon La Sarre	129 776	118 977		18 000
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	165 267	153 940		
Manoir du chemin pour la sobriété	26 380	25 987		
Piaule de Val-d'Or inc.	122 569	111 878	15 000	3 000
Unité Domrémy de La Sarre	5 651	5 567		
Unité Domrémy de Val-d'Or	54 806	49 064	24 706	29 700
Sous-total	**684 848**	**634 259**	**90 806**	**100 700**
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			90 638	89 288
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Abitibi-Ouest	19 751	19 457		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Rouyn-Noranda	15 539	15 308		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs Val-d'Or	16 161	15 920	3 000	
Centre ressources jeunesse AT			114 836	80 999
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est			51 660	10 000
Espace Val-d'Or	122 321	120 499		
Groupe IO			49 425	48 689
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			41 235	7 710
Mobilisation espoir jeunesse			91 530	29 040
Notre-Dame-du-Nord en santé			89 898	94 728
Projet jeunesse St-Michel	29 749	29 306		
Sous-total	**203 521**	**200 490**	**532 222**	**360 454**
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	233 077	229 606	415	1 000
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agressions sexuelles)	101 910	90 673	91	
CAPACS A-O (Centre aide/prévention agressions sexuelles)	101 402	69 545	500	
Point d'appui	233 708	230 227	4 250	
Sous-total	**670 097**	**620 051**	**5 256**	**1 000**
CENTRES D'ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	111 710	106 106		
Centre de bénévolat Val-d'Or	86 584	85 294	22 233	29 902
Centre de bénévolat Lac Témiscamingue	42 214	41 585		
Centre d'action bénévole l'amicale (centre bénévolat La Sarre)	47 457	42 810		450
Sous-total	**287 965**	**275 795**	**22 233**	**30 352**
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femme l'Érige	169 485	154 222		
Collectif féministe	169 652	159 619		
Comité de la condition féminine	169 599	157 993		
Sous-total	**508 736**	**471 834**	**0**	**0**
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre entraide et amitié autochtone Val-d'Or				8 000
Conseil de bande de Kitcisakik			2 000	
Sous-total	**0**	**0**	**2 000**	**8 000**
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	77 163	76 014	1 050	4 000
Sous-total	**77 163**	**76 014**	**1 050**	**4 000**

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2009 (suite)

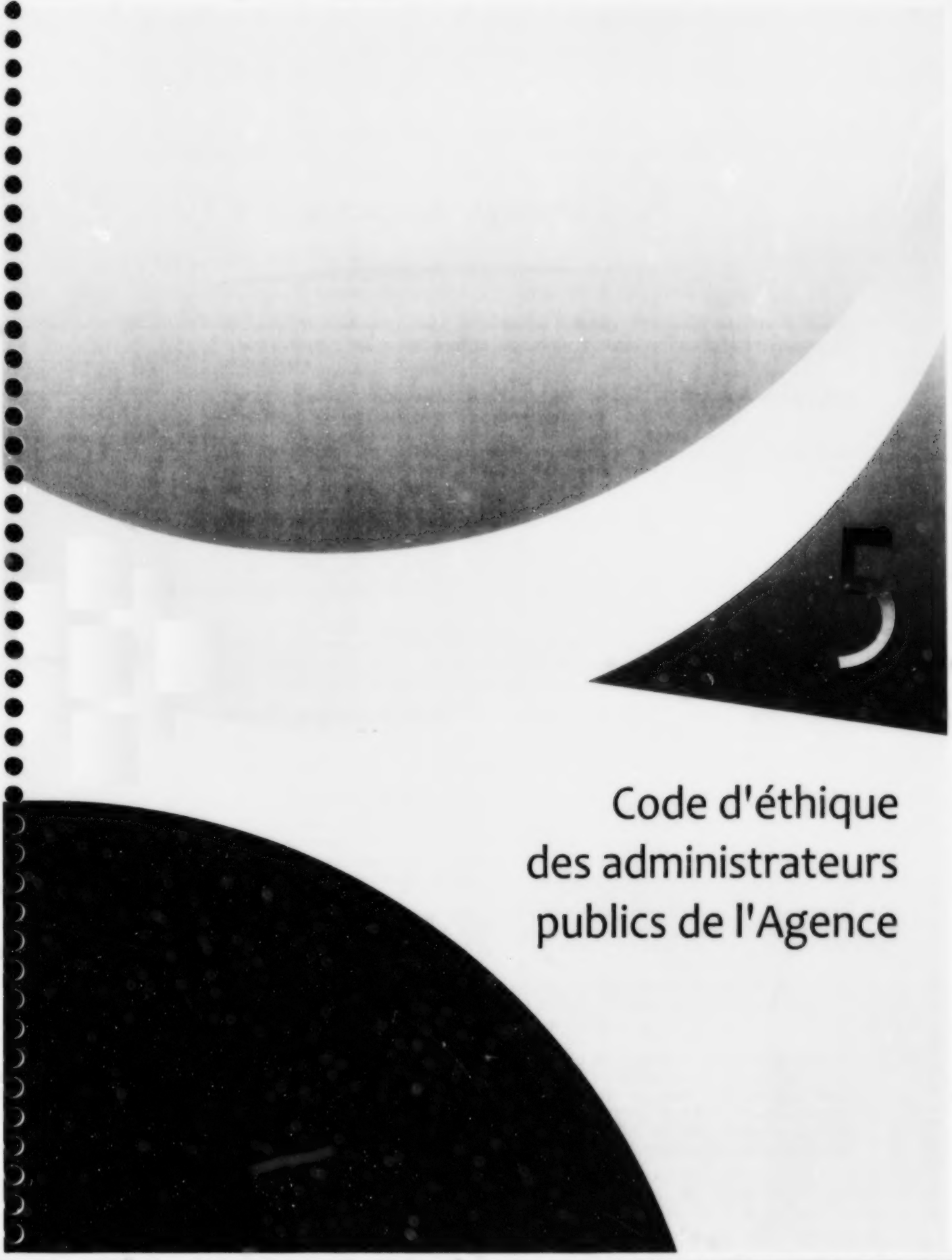
Organismes	Subvention accordée Programme SOC 2008-2009 $	Subvention accordée Programme SOC 2007-2008 $	Ententes de service et projets ponctuels 2008-2009 $	Ententes de service et projets ponctuels 2007-2008 $
Famille				
CPE Canelle et Pruneau			3 562	
CPE chez Caliméro				553
CPE Fleur et miel			4 046	6 429
Ligue La Lèche			17 700	17 700
Maison de la famille Amos			21 349	18 479
Maison de la famille La Sarre			22 284	21 414
Maison de la famille Malartic			7 579	6 934
Maison de la famille Rouyn-Noranda			38 342	37 308
Maison de la famille Senneterre			8 399	3 841
Maison de la famille de Val-d'Or			24 777	23 855
Pour tous les bouts de Chou			9 589	8 796
Sous-total	**0**	**0**	**157 627**	**145 309**
Hommes en difficulté				
Groupe Image du Témiscamingue	110 879	100 362		
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	83 041	78 356		
Sous-total	**193 920**	**178 718**	**0**	**0**
Maintien à domicile				
Ass. QC défense des droits personnes retraitées Rouyn-Noranda			1 000	17 750
Ass. QC défense des droits personnes retraitées Val-d'Or				15 430
Bénévoles de Belcourt	4 269	4 205		
Bénévoles de Champneuf	5 371	5 291		
Bénévoles de Lamorandière	6 753	6 652		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 543	6 446		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	664	654		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 660	3 605		
Comité bénévole Papillons dorés	4 581	4 513		
Comité bénévole Santé et Joie	6 687	6 587		
Comité bénévole Tournesol	3 902	3 844		
Comité de bénévoles de Rochebaucourt	5 618	5 534		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 251	3 203		
Comité de bénévoles Landrienne	3 294	3 245		
Comité Main dans la main, La Corne	2 000			
Corporation Alliance des générations	6 280	6 186		
Corporation Soutien-Accueil d'Amos	5 565	5 482		
Coup de pouce communautaire Malartic	16 464	16 219		
Domaine de l'Hirondelle	7 694	7 579		
Entraide de quartier Le Point d'eau	30 861	30 401		
Groupe d'actions bénévoles A-O	41 278	40 663		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 446	2 410		
Indépendance 65 +	11 773	10 488	5 418	4 543
Popote roulante d'Amos	7 880	7 763		
Popote roulante de Val-d'Or	14 558	14 341		
Regroupement des personnes aidantes naturelles Rouyn-Noranda	13 740	13 535		
Table des aînés de Senneterre				5 500
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	48 373	47 653		13 000
Sous-total	**263 505**	**256 499**	**6 418**	**56 223**
Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence				
Alternative pour elles	698 853	650 258		
Maison Mikana	595 896	548 834	223	
Maison d'hébergement l'Équinoxe	533 994	487 855		
Maison d'hébergement Le Nid	616 413	569 048	106	
Sous-total	**2 445 156**	**2 255 995**	**329**	**0**

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2009 (suite)

Organismes	Subvention accordée Programme SOC 2008-2009 $	Subvention accordée Programme SOC 2007-2008 $	Ententes de service et projets ponctuels 2008-2009 $	Ententes de service et projets ponctuels 2007-2008 $
Maisons de jeunes				
Campus Jeunesse de Cadillac	29 436	28 998	8 027	8 027
Carrefour jeunesse emploi A-E			90 962	89 607
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	78 848	77 674	5 628	7 628
Liaison 12-18 inc.	71 320	70 258	2 128	2 128
Maison des jeunes Le Kao de Barraute	36 527	32 043	13 027	8 027
Maison des jeunes du Témiscamingue	75 319	74 197	25 773	13 275
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	52 288	51 509	5 628	5 628
Maison des jeunes de La Sarre	72 595	71 514	81 937	31 945
Refuge jeunesse Malartic inc.	70 224	65 238	2 128	2 128
Soupape Maison des jeunes inc.	78 580	77 410	2 128	3 228
Sous-total	**565 137**	**548 841**	**237 366**	**171 621**
Mesure de rechange				
Liaison justice	506 188	498 649		
Sous-total	**506 188**	**498 649**		**0**
Multiclientèles				
Corporation de développement communautaire Universeau	18 332	18 059		
Mouvement relève d'Amos			49 842	49 100
ORDET	80 195	79 001		
Sous-total	**98 527**	**97 060**	**49 842**	**49 100**
Personnes démunies				
Association Place au soleil	5 584	3 531		
Centre Bernard-Hamel	48 552	47 829		
Fraternité St-Michel	19 742	16 493		
Maison St-André A-O	37 712	37 150		
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	49 620	48 881	14 730	11 936
Sous-total	**161 210**	**153 884**	**14 730**	**11 936**
Personnes handicapées				
Actia	35 247	32 689	6 000	4 000
Aile brisée (L)	21 452	19 162	10 840	13 452
Arche d'Amos	217 386	207 750	25 615	26 191
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	19 090	15 619	14 305	11 205
Ass. personnes handicapées visuelles			2 000	
Ass. intégration sociale	62 971	55 401	15 010	15 010
Ass. Qc enfants dysphasiques (audimuets)	5 651	5 567		
Ass. Qc enfants problèmes auditifs (AQEPA)	6 485	6 388		
Ass. sourds et malentendants	6 659	10 402		
Ass. voir sans voir	10 326	10 172		
Centre La Mésange	13 350	11 181	6 051	8 551
Centre d'intégration physique l'Envol	27 456	23 109		
Centre ressources et vie autonome	32 237	25 220	2 500	3 649
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	9 991	9 842		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	38 728	28 602	13 530	
Club des handicapés de Val-d'Or	26 958	18 581	17 440	16 890
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	70 764	64 609	11 297	24 293
Intrépides Rouyn-Noranda	37 191	24 724	7 791	5 819
Parrainage civique de l'A-T	8 696	8 566	24 400	30 550
Pilier (Le)	32 862	27 940	500	
Personnes hand. Amos-région (Regroup. des associations services aux personnes handicapées Amos)	33 746	30 092	2 100	
Réseau intégration à l'emploi A-T			4 468	3 672
Ressource d'aide et service aux personnes handicapées AT et Nord Qc	11 316	11 149	584 062	553 659
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi-Témiscamingue	135 668	82 570		51 077
Table action travail du Témiscamingue			2 000	5 507
Sous-total	**864 230**	**729 335**	**749 909**	**773 525**

Tableau 34
Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2009 (suite)

Organismes	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2008-2009 $	2007-2008 $	2008-2009 $	2007-2008 $
Santé mentale				
Appartements communautaires Le Pont	5 480	5 398		
Bouée d'espoir (Le Relais)	72 349	65 541		5 730
Centre de prévention suicide d'Amos	80 985	45 992	1 145	693
Centre de prévention suicide du Témiscamingue	42 503	37 930	383	970
Centre de prévention suicide de Rouyn-Noranda	93 999	87 674	67	108
Centre de prévention suicide de Malartic	23 976	21 649	441	887
Centre de prévention suicide de Senneterre	21 087	18 803	307	785
Centre de prévention suicide de Val-d'Or	71 570	65 579	1 127	904
Chaumière (La)	136 278	134 248	1 000	
Comité local prévention suicide A-O	53 193	48 460	353	846
Entretoise du Témiscamingue	111 889	107 267	1 500	
Équipe La Petite Rencontre	143 373	141 237	25 400	25 022
Giboulée (La)	103 521	101 979	24 840	24 470
Groupe en toute amitié de Senneterre	10 640	10 482		
Groupe Soleil	131 622	129 662	84 657	83 396
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	248 285	244 587		1 235
Maison 4 saisons du Témiscamingue	129 081	122 233		15 000
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	185 723	182 957	18 777	18 497
Portail (Le)	76 687	65 730		10 815
RAIDD-AT (Res.aide & inf.déf.droits A-T)			68 796	67 771
Rescousse (La)	72 409	65 613	13 638	17 675
Résidence des Saules	21 907	21 581		
TCROCASMAT			25 235	24 859
Trait Union (Le)	213 199	210 024	46 342	45 652
Valpabem	76 919	65 723		10 050
Sous-total	**2 126 675**	**2 000 349**	**314 008**	**355 365**
Santé physique				
Albatros 08 inc.	18 100	17 830		
Amis de l'Envol	4 397	4 332		
Arc-en-soi de La Sarre	5 076	5 000		
Association de la fibromyalgie	20 920	20 608		
Association des diabétiques du Témiscamingue	4 947	4 873		
Association diabète de R-N	6 319	6 225		
Association épilepsie A-T	2 000			
Diabète Val-d'Or	2 000			
Lueur du phare	1 977	1 948		
Société Alzheimer de R-N	23 998	23 641		
Société Alzheimer de Val-d'Or	27 385	26 977	500	
Société sclérose en plaques A-T	23 723	23 370		
Sous-total	**140 842**	**134 804**	**500**	**0**
Sida				
Centre des ROSÉS de l'A-T	53 235	52 442		
Sous-total	**53 235**	**52 442**	**0**	**0**
TOTAL	**9 850 955**	**9 185 019**	**2 213 296**	**2 067 585**



Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

5

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de *Déclaration des intérêts des administrateurs publics* » et « *Engagement personnel* ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

> « Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, *le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1977, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens. »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. C. S-4.2), tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q. 2001, ch. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

Déclaration de principe

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

Objectif du code d'éthique

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

Personnes concernées par le code d'éthique

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

Devoirs et obligations

- L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- L'administrateur s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités

- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.
- Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.
- L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Déclaration d'intérêt

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

> ***Article 154***
> *Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.*
>
> *Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).*

- L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

Activités politiques

- Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.
- Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

Règles relatives aux assemblées

- Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.
- Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou

considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

- Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

- Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Mécanisme d'application et de respect du code

- Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

- Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Enquête et immunité

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

- Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

Publicité du code d'éthique

- L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

- Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
  a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

Déclaration des intérêts des administrateurs publics
Code d'éthique

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

   _____
   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

   _____
   _____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

   _____
   _____
   _____
   _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____	_____
Prénom et nom	Signée à
_____	_____
Signature de l'administrateur	Jour / mois / année

Engagement personnel
Code d'éthique

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

• • •

Je, _____, administrateur à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ _____

Signature Date

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec